



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“Apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético. Residencia
Asistida para adultos Geriatrics Perú, 2017”**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Custodio Yance, Jahaira Andrea

ASESORA:

Mgtr. Arévalo Ipanaqué, Janet Mercedes


LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Cuidado de enfermería en las diferentes etapas de vida

LIMA-PERÚ

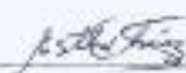
2017

Página de jurado



MGTR. Arévalo Ipanaque Janet Mercedes.

Presidente



MGTR. Chávez Cachay Esther.

Secretario



MGTR. Lilliana Rodríguez Saavedra.

Vocal

Dedicatoria:

Dedico este trabajo sobre todo a Dios, por darme la fuerza y sabiduría para guiarme en la realización de este proyecto, a mis padres, en especial a mis abuelos quienes me apoyaron en todo este tiempo, para lograr mi objetivo propuesto.

Agradecimiento:

En primero instancia agradezco a Dios por darme la valentía y la sabiduría, para lograr mis metas, a mis padres y abuelos que me ayudaron para realizar este proyecto.

Y también agradezco a todos mis docentes en especial a mi asesora Janeth Arévalo Ipanaqué en la cual me tuvo paciencia y mucha dedicación para llegar al éxito profesional.

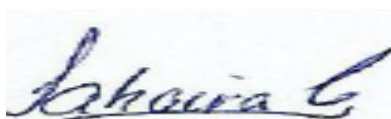
Declaración de Autenticidad

Yo Jahaira Andrea Custodio Yance con DNI N° 70451009, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo, Facultad de Ciencias Médicas, Escuela Profesional de Enfermería, declaro bajo juramento que toda la documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Así mismo, declaro también bajo juramento que todos los datos e información que se presenta en la presente tesis son auténticos y veraces.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Lima, Diciembre del 2017

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jahaira C.', is shown on a light blue background.

Jahaira Andrea Custodio Yance

Presentación

Señores miembros del Jurado:

En cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Cesar Vallejo presento ante ustedes la Tesis titulada “Apoyo familiar y Autocuidado en el adulto mayor diabético. Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, 2017”, la misma que someto a vuestra consideración y espero que cumpla con los requisitos de aprobación para obtener el título Profesional de Licenciada en Enfermería.



FIRMA

Índice

Página de jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	
1.1 Realidad Problemática	1
1.2 Trabajos Previos	3
1.3 Teorías relacionadas al tema	8
1.4 Formulación del problema	24
1.5 Justificación del estudio	25
1.6 Objetivos	25
1.7 Hipótesis	26
II. MARCO METODOLÓGICO	
2.1 Diseño de investigación	26
2.2 Variables y Operacionalización	27
2.3 Población	32
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez, confiabilidad	32
2.5 Métodos de análisis de datos	33
2.6 Aspectos éticos	36
III. RESULTADOS	37

IV. DISCUSIÓN	42
V. CONCLUSIONES	55
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	
Anexo 1: Matriz de consistencia	63
Anexo 2: Encuesta sobre apoyo familiar y autocuidado	66
Anexo 3: Escala de Likert sobre apoyo familiar y autocuidado	73
Anexo 4: Resumen de opinión de jueces de apoyo familiar y autocuidado	75
Anexo 5: Confiabilidad sobre apoyo familiar y autocuidado	95
Anexo 6: Cálculo de puntaje según estaninos sobre apoyo y autocuidado	97
Anexo 7: Tabla de resultados por variables	108
Anexo 8: Hoja de información y consentimiento informado	119
Anexo 9: Resultado de Turnitin	122

Resumen

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia asistida para adultos Geriatrics Perú. Fue un estudio descriptivo correlacional de diseño no experimental y corte transversal. Población conformada por 50 pacientes adultos mayores en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú. La técnica utilizada fue la encuesta e instrumentos la escala de Likert. De los adultos mayores encuestados el 64.9% tiene un nivel de apoyo familiar medio, el 29.9% bajo y 5.2% alto, por otro lado el 48% tiene grado de autocuidado medio, seguido de 44% bajo y 8% alto. Se concluyó que existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia asistida para adultos Geriatrics Perú con sig 0.000 en el análisis del Chi cuadrado.

Palabras clave: Relación Familiar, Diabetes Mellitus Inestable, Diabetes Mellitus Insulinodependiente, Autoayuda, Adulto Mayor

Abstract

The objective of the research was to determine the relationship between family support and self-care in the elderly diabetic in the assisted nursing home for adults Geriatrics Peru. It was a descriptive correlational study of non-experimental design and cross section. Population comprised of 50 elderly patients in the assisted nursing home for adults Geriatrics Peru. The technique used was the survey and instruments the scale of likert. Of the older adults surveyed, 64.9% had an average family support level, 29.9% low and 5.2% high, on the other hand 48% had a degree of average self-care, followed by 44% low and 8% high. It was concluded that there is a significant relationship between family support and self-care in the elderly diabetic. Assisted residence for adults Geriatrics Peru with sig 0.000 in the Chi square analysis.

Key words: Family Relationship, Unstable Diabetes Mellitus, Insulin-dependent Diabetes Mellitus, Self-help, Older Adult

I.INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad problemática

El tema de autocuidado se ha convertido en un semblante innato en la vida del humano y mayormente en las personas que sufren enfermedades crónicas degenerativas, una de ellas es la diabetes, por lo que las acciones de cuidado son definitivas en la recuperación de la persona. La Diabetes Mellitus, es una de las enfermedades crónicas degenerativas, por la que ha tenido un gran impacto socio sanitario por la frecuente periodicidad, las consecuencias que esta enfermedad origina y su eminente mortandad. A nivel mundial, esta enfermedad se está encontrando dentro de las principales diez orígenes de incapacidad y esto perturba la producción y el avance del humano, y esto anuncia que la cifra de personas que padecen esta enfermedad para el 2030 se amplificará hasta llegar a conseguir 552 millones si en caso no se organizan acciones de control. Por otro lado se ha confirmado que las diversas dificultades de la diabetes pueden aumentar o retrasar por medio de una conducción vigorosa; esto contiene dimensiones respectivas con el modo de vida como una dieta sana, movimientos físicos, previsión del sobrepeso, obesidad y tabaquismo. (1)

La OMS (2016), sostiene que en 2008 aproximadamente 347 millones de personas en el mundo padecían de la diabetes mellitus, cuya prevalencia se va incrementando, esencialmente en los países de entradas bajas y módicos. En el 2012 ésta enfermedad fue el suceso inmediato de unos 1,5 millones de muertes, en la cual aproximadamente el 80% se originaron en los países de entradas de bajas y módicas. Según las conjeturas de la OMS esta enfermedad pertenecerá a la séptima causa de muertes en el 2030. Esta enfermedad crónica empieza cuando el páncreas no produce suficiente insulina, o también cuando el cuerpo no utiliza activamente la insulina en la que produce. La insulina, es una hormona que en la cual normaliza el azúcar en sangre, contribuye la energía necesaria para existir. Si la insulina no llega a las células para cambiar en energía, el azúcar se almacena en la sangre hasta conseguir niveles que pueden ser perjudiciales y complicar la vida. Las personas que padecen de diabetes tipo 1 no generan insulina, por lo que van a necesitar ampollas de insulina para sobre vivir. (2)

Si bien es cierto, la carga mundial de enfermedades no transmisibles y la inminencia, esto conjeturan un significativo problema de salud pública, el progreso social y económico en mundo entero. Para impedir las progresivas discrepancias entre los países y las poblaciones, se necesita medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que disminuya éste ultimátum. Se automatiza unas 36 millones de muertes, el 63% de los 57 millones de fallecimientos patentados en todo el mundo en 2008, se debió a enfermedades no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y la diabetes (3.5%). En el año 2008 el 80% de muertes (29 millones) son por enfermedades no transmisibles y que estos se originaron en países bajos y medios, y en los actuales países las proporciones de defunciones precoces (antes de los 70 años) está incrementado (48%) que en los países de entradas altas (26%). Según el pronóstico de la OMS, si en caso todo continúa parejo, el número anual de defunciones por enfermedades no transmisibles incrementara a 57 millones en 2030. (3)

El rol de la enfermera(o) en el cuidado del paciente diabético es esencial que la enfermera(o) ejecute la evaluación, instaurar los diagnósticos de enfermería y por ultimo planee las intervenciones, que será la atención directa que se ejecutarán en beneficio del paciente. Estos semblantes abarcan los iniciados por enfermería como el efecto de sus diagnósticos y lo adecuado por el doctor. De igual forma, estas mediaciones deben englobar la atención directa al paciente en caso de discapacidad. Las interposiciones se especifican en 2 tipos: Las indicaciones por la enfermera y por el médico (delegadas). Todas las interposiciones se solicitan de un juicio perspicaz por la enfermera, que son legítimamente responsables de su apropiada puesta en práctica. La evaluación del paciente será el primer paso del proceso y se basa en la recolección de información en forma premeditada y metódica para establecer su estado de salud. Con los datos se determina los diagnósticos de enfermería, se programa e implementa las mediaciones oportunas y subsiguientemente se evaluarán según su efectividad. (4)

Por otro lado, la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú se puede apreciar una moderada cantidad de pacientes registrados con padecimientos crónicas degenerativas como la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Demencia senil, Alzheimer, Parkinson, Cáncer, ACV y otras enfermedades más.

En la cual se observa que todos son pacientes adultos mayores dependientes, por lo que el centro está dividido en áreas de acuerdo al estado de los pacientes para ejecutar una mejor integración y control de cada uno en la cual cuenta con una historia clínica detallada para informar a los familiares sobre la evolución y tratamientos adecuados.

1.2 Trabajos Previos

Antecedentes Internacionales

Contreras Orozco A., Contreras Machado A., Hernández Bohórquez C., Castro Balmaceda M., Navarro Palmett L., (Colombia 2013). En su estudio titulado “Capacidad de Autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa”, fue un estudio descriptivo y de corte transversal. Su población estaba compuesta por 27 pacientes, y que fue escogida por medio de un muestreo aleatorio simple. Se empleó la escala de evaluación de agencia de autocuidado que observa 4 categorías: muy baja, baja, regular y buena capacidad de autocuidado. En la cual la edad de los pacientes fluctuó entre 45 y 75, el 81,48% toma tareas en la casa y trabajo inconsecuentes. El 88.89% se situó en la clase irregular cabida de autocuidado con superioridad de ésta en cada una de la dimensiones, con media aritméticas entre 2.70 a 3.33, y se encontró marcada faltas en los semblantes de acción y descanso, bienestar personal y reforma en los prácticas nutritivas. En la cual concluyó, que hay problemas en los semblantes congruentes con apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas, por lo que es obligatorio realizar modeladores de cuidado holístico que consientan optimar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortificar la capacidad de autocuidado. (5)

Chapman Sánchez M., García Almaguer R., Caballero Gonzales G., Paneque Caballero Y., Sabion Mariño A., (Cuba 2013). En su estudio titulado “Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados”. El estudio fue cuasi experimental de mediación educativa con 36 pacientes diabéticos de 4 consultorios del médicos y enfermera de la familia del Policlínico Docente “José Martí” de Gibara, en el año 2013. En esta investigación se adquirió empleando previamente y posteriormente de la interposición un cuestionario con variables sociodemográficas y de conocimiento sobre la diabetes. La intervención se aprobó por juicios de expertos, los resultados se ejecutó calculando media, porcentajes. Para la cual se puede identificar las discrepancias reveladoras entre los efectos obtenidos antes y después de la mediación se empleó la prueba de hipótesis de discrepancias de proporciones. Los efectos fueron: la edad media de los pacientes fue un 53.2 años, las fuentes que brindaron a los pacientes mayor cuantía de búsqueda fueron: la familia (61.11%), el médico y la enfermera (52.77%), por intervención (100.0%), de los pacientes aumentó los conocimientos de la diabetes, el valor de la acción física y el cuidado de los pies, la comprensión sobre la responsabilidad del cuidado se optimizó de un 44.44% a un 100.0%. Concluyendo que la mediación educativa diligente fue segura al rectificar el nivel de conocimiento sobre la enfermedad, el cuidado y el autocuidado que tenía los pacientes diabéticos estudiados. (6)

Fernández Vásquez A., Abdala Cervantes T., Alvara Solís E., Tenorio Franco G., López valencia E., Cruz Centeno S., Dávila Mendoza R., Pedraza Avilés A. (México 2012), En su estudio titulado “Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes tipo II”. Esta fue una investigación cuasi experimental de indagación educativa con 76 pacientes de la clínica de Medicina Familiar Narvate. Se trazó una táctica educativa y se emplearon antes y después de la misma: cédula de identidad personal y los cuestionarios BERBES, de nivel de conocimiento; IMEVID, de calidad de vida; y MOS, de apoyo. Este se calculó mediante la antropometría, y se crearon pruebas bioquímicas. En conclusión, la instrucción interactiva implica al paciente como creador de su propio aprendizaje al instaurar una relación entre la teoría y la práctica, con lo que esto consigue un resultado en las decisiones sobre sus prácticas y estilo de vida saludable, como resultado, en la inspección de la enfermedad, como quedó de manifiesto en este trabajo. (7)

Vargas Santillán L., Rodríguez García C., Amador Velázquez R., Oviedo Zúñiga A., García Lavaney F., Mendieta Vargas A. (México 2012). En su estudio titulado “Estudio comparativo en dos grupos de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el Instituto de salud del estado de México”. Fue un estudio cuasi experimental, semejante con un grupo real y un grupo de inspección. Este se manifiesta mediante esta investigación es la asimilación de los efectos entre los dos grupos de pacientes con diabetes mellitus (DM) que doblagan a una mediación de autocuidados establecida en los 7 comportamientos, el primer grupo se escoge mediante la estancia hospitalaria debido a un inconveniente y el segundo con un grupo de pacientes constantes. A pesar de que no exista significancia estadística tangible a favor del grupo experimental (hospitalizada) en comparación con los del grupo control. Y se finaliza, que es preciso seguir valorando este tipo de habilidades de educación para la salud y permanecer inspeccionadas las variables confusoras para impedir sesgos en los resultados. (8)

Molina Contreras C., Bahsas Bahsas F., Hernandez M. (Venezuela 2008). En su estudio titulado “Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados”. Es un estudio descriptivo, prospectivo y de corte transversal ejecutado a 87 pacientes diabéticos, adultos insulino dependientes y amputados en el Hospital Universitario de los Andes. En la cual se inspeccionaron las historias clínicas de pacientes que tenían amputación en los últimos 3 años, se colocó la vivienda de ellos y se averiguó las características demográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación antes y después de la amputación), miembros de la familia a cargo de los consumos que genera la enfermedad y el método que emplea el paciente para la deambulación. Se lee el cuestionario de funcionalidad familiar para establecer el nivel de funcionalidad familiar. Se empleó preguntas de soporte social para fundar apoyo instrumental emocional, de interacción positiva y soporte completo. Se finaliza que mayormente los pacientes que poseían entre 60 y 69 años, la mayoría eran viudos, con contribución económica que emana de los hijos o del cónyuge para el sustento del tratamiento, con relaciones que anteriormente debe haberse desempeñado como comerciantes, oficio del hogar o jubilados. Usaban muletas y sillas de ruedas como medio de movilización. Respecto a la aptitud de la relación de pacientes con su conjunto familiar en su totalidad fue buena, con el apoyo de los

amigos a manera de soporte social; la funcionalidad familiar fue muy buena a costas de la conciliación y participación. (9)

Antecedentes Nacionales

Gonzales Torres W. (Lima 2014-2015). En su estudio titulado “Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y la funcionalidad familiar asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2”. Fue una investigación prospectiva de corte transversal. Se ejecutó en el consultorio de Endocrinología del Hospital Militar Central. Los colaboradores fueron: personas con DM tipo II. Las interposiciones: Según los juicios de selección: 50 casos y 50 controles. Se realizó con materiales de recolección autorizados, se interrogó dentro de 2 meses. Se ejecutó el estudio descriptivo, para la investigación inferencial: prueba de chip cuadrado con significancia del 95%. Se colocó el paquete detallado SPSS y Microsoft Excel. En las cuales los resultados fueron que la edad promedio: 65.11años, padecimientos con más frecuencia: Dislipidemia (51%) e HTA (49%). El conocimiento de DM tipo 2 no fue aprobado (69%) crecidamente del 50% consiguieron buena función familiar. Las variables agrupadas a la inadecuada herencia del método diabético son: Disfunción familiar [$p=0.00$; OR=4; IC 95% (1.61-9.96)] y conocimiento no aceptable sobre DM tipo 2 [$p=0.00$; OR=3.1; IC 95% (1.31-7.81)]. En la cual concluye que una inadecuada Adherencia al tratamiento está influenciada por la disfunción familiar y el pobre conocimiento sobre la diabetes. (10)

Chávez Zegarra G. (Lima 2013). En su estudio titulado “La relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología del HNGAI”. Fue una investigación de proyecto no experimental de forma cuantitativa correlacional de corte transversal utilizando un prototipo de 142 pacientes con diagnósticos de DM tipo 2. La recaudación de información se realizó dos instrumentales afianzados en un escrito; para evaluar la aptitud ante la vida del individuo se utilizó el informe de salud SF, y el cuestionario MOS de apoyo social descubierto para calcular el grado de apoyo familiar. Los descriptivos laboriosos yacieron de prototipo descriptivo y para instituir la reciprocidad se realizó r-Pearson, considerando que las variables a correlacionar son de tipo categóricas. Por lo que el resultado fue que se halló que la totalidad de las personas con DM tipo 2 muestra una altura de

calidad de vida frecuente (35.2%) a insuficiente (30.28%), muestra soporte familiar de adecuado (35.9%) a excelente (22.5%) y terminando, el nivel de calidad de vida según el nivel de apoyo familiar es bueno (51.3%), en la cual se establece que el apoyo familiar interviene efectivamente en la calidad de vida de las personas con DM tipo 2. Concluyendo que tiene relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar, a excepción en la extensión de la actividad física y concesión de la salud que no hay relación con el apoyo familiar en los pacientes con DM tipo 2. (11)

Anaya Laupa A. (Callao 2012). Su estudio titulado “El autocuidado del diabético tipo 2 y la participación de su familia para controlar el incremento de las complicaciones en el Hospital María Auxiliadora de San Juan de Miraflores-Lima en el año 2012”. Fue una investigación de prototipo aplicativo con orientación cuantitativo, de esquema no experimental, detallado, correlacional de corte transversal y manejando un modelo de 71 pacientes y familias. La recaudación de datos sobre el autocuidado del diabético tipo 2 se realizó una plática estructurada y la lista para evaluar la intervención de la familia. Los estadísticos laboriosos eran el programa estadístico, SPSS 20 y se usó siguiente instrumento estadística para la prueba de hipótesis: análisis de regresión lineal. Para instaurar la correlación entre las variables independientes y la dependiente, se realizó la prueba de correlación de Pearson. Entre las conclusiones más notables se encontró que existe la relación directa, alta y significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia el aumento de estas complicaciones, donde $r=0,75$ y el valor de significancia $p=0,00$, por lo que se cumple que ($p<0.05$). Concluyendo se rechaza la hipótesis nula entre el nivel y se admite la hipótesis alternativa, declarando que existe relación significativa entre el nivel de autocuidado, la participación de la familia y el aumento de las complicaciones. (12)

Hijar Rivera A. (Callao 2008). Su investigación “Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar, en el HNDAC”, tuvo como meta en habitual para establecer el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y los cuidados en el hogar y como objetivos específicos es asemejar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre la enfermedad, determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes diabéticos sobre los

cuidados en el hogar, equilibrar el nivel de conocimientos que los familiares de los pacientes diabéticos tienen sobre la enfermedad e igualar el nivel de conocimientos en la cual tiene los familiares de los pacientes diabéticos de las atenciones en el hogar. Con el objetivo de alcanzar y ofrecer investigación veraz y renovada al personal de enfermería, para que así puedan realizar sucesos estratégicos orientadas a ayudar para la recuperación y apropiada revisión de los pacientes diabéticos y sus familiares. Se trata de un estudio de nivel aplicativo, tipo cuantitativo y método descriptivo de corte transversal. La población de este estudio estuvo conformada por 75 pacientes con sus respectivos familiares, que asistieron al consultorio externo de endocrinología durante el mes de diciembre del 2007 y enero del 2008. La práctica manejada fue la indagación y la herramienta fue un formulario tipo cuestionario. Los hallazgos más significativo fue que la totalidad de pacientes y familiares poseen un nivel de conocimiento medio, tanto en la dimensión conocimientos sobre la enfermedad como en la extensión de conocimientos sobre las atenciones en el hogar, y los resultados arrojan que se encuentra una mayor cuantía de pacientes y familiares que tienen un nivel de conocimiento bajo sobre la enfermedad y cuidados en el hogar, cerca de que tienen un nivel de conocimiento alto la quinta parte. (13)

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Apoyo Familiar

La OMS determina a la familia como “parte del hogar vinculados, incluso cierto grado establecido por sangre, adopción y matrimonio”. En cuanto el nivel de vínculo empleado en decidir los términos de la familia va depender del empleo a los que se consignen la información (datos), en la cual es imposible delimitarse con exactitud en escala. El apoyo familiar se basa en las relaciones personales que se construye dentro del hogar o también fuera a partir de los lazos de parentesco, donde la familia colabora a mejorar la salud de aquellos que la forman a través de sus diligencias básicas como: proporcionar vivienda y una dieta adecuada, instruye las bases de la higiene y cuidados de la salud y permite el cuidado e uso de sus mecanismos están enfermos. Por lo que mayormente las dificultades sanitarias son resueltas sin necesitar de los servicios médicos y una parte importante de los recursos son aportados dentro de la unidad familiar. (14)

Apoyo familiar base de la red de apoyo social

Se dice que el apoyo familiar se basa en las distintas redes de apoyo social. Es apreciada la familia como el grupo de apoyo muy significativo con el cual se puede contar con ellos. Por lo cual continuamente las personas que pertenecen a familias funcionales obtienen excelentes niveles de salud gracias a los recursos emocionales y materiales que se consiguen de ella. (15)

Según Hogue (1981) sustenta que el soporte social puede ser utilizado en diferentes peticiones según las necesidades del individuo y estos son de 4 aspectos:

- Apoyo afectivo, en la cual recalca en la trasmisión de las formas de confianza, preocupación, atención, agrado y amor hacia el adulto mayor.
- Apoyo valorativo, fortalece principalmente la autoestima, retroalimenta diligencias positivas en el individuo y accede verse a sí mismo en forma holística.
- Apoyo informativo, es relacionado con la información de cómo poder resolver problemas personales o del mismo entorno.
- Apoyo instrumental, se refiere a conductas que ayuda a la persona que necesita como donación de bienes y servicios (dinero, medicamentos, equipos, etc.).

Tipos de apoyo familiar

El soporte familiar y social contienen varios tipos como: emocional, informacional e instrumental.

Apoyo valorativo:

Fortalece principalmente la autoestima, retroalimenta diligencias positivas en el individuo y accede verse a sí mismo en forma holística. (16)

El apoyo afectivo

Determinado como emociones de ser querido y de pertenencia, la amistad, la autoridad de explayarse con alguna persona, y disponer de alguien para comunicarse.

El apoyo informacional

Se da mediante la información que buscan las personas, consejo o una guía que les facilite solucionar sus problemas. En la cual se distingue del apoyo instrumental, es que la información no es la salida sino que accede a quien la acoge ayudarse a sí mismo. Esto logra contener una aclaración de las indicaciones sobre el procedimiento, indicaciones en pedir apoyo experto, instrucción para ejecutarlo de alguna forma.

Según Valadez F, sostiene que el soporte según información: los conocimientos de la familia son vinculados con las medidas de control y las dificultades de la diabetes.

El apoyo instrumental

Es el abastecimiento existente de los servicios; es permitido cuando se usan apoyos instrumentales o materiales que ayudan concisamente a quien lo necesite. Se brinda “apoyo instrumental” cuando se difunde gestiones instrumentales que ayudan verdaderamente a quien lo requiera; se apoya a otro a realizar o concluir el trabajo, se atiende a la persona. (17)

Según Barreda y Ainlay indica que el apoyo instrumental es la extensión del refuerzo tangible, en la que se facilita patrimonios módicos para la obtención de medicinas, despensas o el reemplazar al individuo en la ejecución de cualquier acción física; la de interacción íntima logrará incorporar manifestaciones de afecto por relación concreta, que muestre utilidad en la prosperidad y energía del individuo, estar útil para atender cuando se siente exhausto por la enfermedad, entre otros. (18)

Importancia del apoyo familiar

La familia limita contundentemente los dogmas, maneras, y conductas de las personas frente a la salud, al padecimiento y a los servicios higiénicos. Normalmente, la familia es la componente esencial de atenciones, fundamentalmente en las situaciones críticas y en los que originan discapacidades, por lo que el soporte familiar cumple un rol muy importante en la interrupción del estrés. (19)

Teoría de Whall

Whall (1993) dice que la literatura de enfermería dispone sobre familia refleja características predominantes que se mantiene en el tiempo tales como: (a) la visión holística de la familia: la enfermera está interesada no solo en los fenómenos psíquicos de la familia sino, también en los aspectos biológicos y sociales; (b) una aproximación educativa y de apoyo para la familia que le permite decidir frente a diferentes opciones; (c) un enfoque que actúa sobre el ambiente para generar mejores niveles de salud, y (d) una orientación que apoya primordialmente la salud de la familia sin dejar de lado la enfermedad. Los territorios del conocimiento en enfermería familiar (investigación de enfermería en familia) han sido categorizados de diferentes maneras. Estas categorizaciones varían de acuerdo con el desarrollo de los investigadores y las necesidades de las familias a ser estudiadas. El análisis de la enfermería familiar nos permite observar sus tendencias a través del tiempo y precisar las posibilidades de investigación futura para el avance de la misma disciplina.

La relación de la teoría con la investigación

Esta teórica nos refleja las características más resaltantes, donde ella nos dice que la familia tiene que tener una visión amplia e integral, en la cual la enfermera debe educar a la familia y al mismo paciente sobre los cuidados, complicaciones y de la enfermedad misma. Por lo tanto esta teoría está relacionado con el apoyo familiar, ya que la investigación relacionada con la familia, se dice que es una investigación centrada en el individuo donde la familia es el contexto, donde el análisis de la enfermería familiar nos permite observar sus tendencias a través del tiempo y

precisar las posibilidades de investigación futura para el avance de la misma disciplina. (35)

1.3.2 Autocuidado en el paciente diabético

El paciente diabético debe ejecutar diversas atenciones que debe de cumplir como: la atención farmacológica, dietético, deportes, sanitarios y atenciones oftálmico, para mantener y optimizar su calidad de vida y así evitar futuras dificultades y por lo tanto la trascendencia en el semblante biopsicosocial subjetiva. Las personas que padecen de enfermedades perciben un procedimiento en la cual tiene como objetivo estabilizar la azúcar en la sangre para disminuir el progreso de las consecuencias vasculares y neuropatías.

Educaciones al paciente diabético

Tiene como finalidad ofrecer los conocimientos y las prácticas que acceden al paciente poder realizar su autocuidado ayudando de carácter permanente con la unidad de salud que lo atiende. La instrucción individual comienza en la consulta, se le tiene que manifestar al paciente como se manifiesta la enfermedad que padece, las indicaciones alimentarias y medicamentosas, en la cual se dialogará acerca del grado del autocuidado, el riesgo de los pies, la atención de los ojos, inspección de la presión arterial, las mejorías del ejercicio físico; por lo que debe ser indestructible en las subsiguientes consultas. Y también inculcar en el apoyo emocional del paciente acerca de la enfermedad por lo cual se encuentra muy afectado. (20)

Control Médico

Cada año tiene que ejecutarse una anamnesis, una indagación física completa y una determinación metódica, y así estimar la presencia de las futuras dificultades. Se debe realizar también una evaluación de los objetivos de la inspección y procedimiento curativo y adecuarlo si es preciso.

Los registros se proyectaran en función del estado de la vigilancia metabólica, las insuficiencias del proceso educativo y el período del progreso de la enfermedad (diabetes). Después del diagnóstico dado, se debe adaptar el tratamiento y ejecutar el programa de educación básico cada dos semanas.

Posteriormente del primer año de prescripción, en pacientes diabéticos firmes o sin modificación en el procedimiento, se realizará las inspecciones con la subsiguiente continuidad: una o dos registros médicos anual, y visitas de enfermería cada tres o cuatro, en la cual incorporen la intervención educativa. (21)

Cuidado dietético

Tiene como finalidad poder conservar el nivel de glucosa normal, o lo más cerca de lo normal en el resto del día. Cuidar el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad), que se encuentren entre los términos normales, por lo que el incremento de lípidos establece principios de riesgo para el sistema cardiovascular. Conservar el peso corporal llamado (peso ideal). El propósito de la alimentación del paciente diabético debe basarse en la proporción de calorías que provienen de carbohidratos, proteínas y grasas. Tiene que ser individualizado y acoplado a las situaciones de vida del diabético.

Los alimentos se repartirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (esta última es para pacientes que se administra insulina en la noche). La sal debe consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y solo debe limitarse cuando se encuentren con dolencias concordantes (HTA, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal).

Es aconsejable el dispendio de alimentos exquisitos en fibras soluble. Dietas con mayor comprendido en fibra soluble (50 g/dl) estabiliza la inspección glucémica, disminuye la hiperinsulinemia elevada y los niveles de lípidos.

El ingerir menos los alimentos de origen animal, favorece a disminuir el riesgo de retraer dificultades del corazón. El dispendio de fibras como leguminosas, avena y algunas frutas, vegetales, pan y cereales completos fomenta a la disminución de la glucosa y los lípidos en sangre y previene el estreñimiento, incrementa la saciedad y beneficio a perder peso y aminorar el azúcar y la grasa en la sangre. Las recomendaciones nutricionales de la Asociación Americana de Diabetes explica que la deglución de grasas poliinsaturadas sería Omega 3, que proviene del pescado y otros alimentos de origen marino, en la cual ayuda a la situación de la coagulación de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Ejercicio físico

Es muy importante el ejercicio físico en el procedimiento de la diabetes debido a que reduce los niveles de glucosa en sangre, a modo también los factores de riesgo cardiovasculares. Consigue reducir la glucemia al incrementar la atracción de glucosa por los músculos y ayuda al uso de la insulina. El deporte tiene que ser proyectado, bien organizado y repetitivo. Por lo que debe efectuar con las subsiguientes metas: A menor plazo, se debe modificar el residuo sedentario, mediante caminatas cotidianas al ritmo del paciente, a mediano plazo, la continuidad minúscula corresponderá ser tres veces por semana en días alternativos, con una permanencia mínima de 30 minutos cada vez y a mayor plazo, incrementar la periodicidad e intensidad, manteniendo los períodos de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se sugiere el deporte aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.).

El deporte intenso o finalista requieren de medidas protectoras como: Valoración del período cardiovascular en pacientes mayores de 30 años o con diabetes de más de diez años de evolución (existe riesgo ascendentes en caso de existir retinopatía, neuropatía automática y otras).

Las personas insulino-requirientes, por el mismo peligro de hipoglucemia, se debe ingerir un refrigerio exquisito en carbohidratos complejos precedentemente de empezar el ejercicio y estimar disponer una bebida azucarada. Provisionalmente el medico va a instruir a un compromiso de la dosis de insulina. Evitar los deportes de alto peligro donde el paciente no pueda conseguir apoyo contiguo. Se debe tener en cuenta la exploración de los pies precedentemente de cada movimiento físico, sin embargo está contraindicado en pacientes desnivelados.

Cuidado de los pies

Es muy importante la atención en los pies, en la cual contiene aseo apropiado secado. Según Brunner, alude que se debe examinar los pies fijamente en búsqueda de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callo, úlceras; se consigue emplear un modelo para inspeccionar la planta de los pies o requerir de una parte de la familia para la realización. Un punto muy importante es no ir descalzo, ni siquiera en el hogar. Si en el caso posee la piel seca, corresponde usar

lubricante luego de asearse los pies y secarlos, y está prohibido ungir entre los dedos de los pies. Es fundamental el corte de las uñas, de los pies por semana, cuando se encuentren dóciles luego del lavado, el corte de las uñas debe ser en forma recta continuando el contorno del dedo y viendo que no permanezcan muy cortas. No se debe cortar las orillas por lo que consigue cortarse la piel, si en caso las esquinas terminan afiladas, logran ocasionar lesiones en la cual puede infectarse, también puede limarse con una lima de cartón y siempre utilizar zapatos o pantuflas, y no andar sin zapato, ni en casa. (22)

Cuidado oftalmológico

Se debe acudir con frecuencia al oftalmólogo, por lo que accede el diagnóstico anticipado de retinopatía. Acudir mínimo una vez cada año, en la cual corresponde realizar el análisis de los ojos así no posea dificultades de la vista, para localizarlo previamente viable las futuras dificultades y poder tratarla de inmediato e impedir circunstancias graves. (20)

La Teoría del déficit del autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

La teoría del autocuidado, sustenta y representa el autocuidado. Lo cual determina como “una acción asimilada por el individuo a lo extenso de su vida y encaminada a un objetivo”. Por lo cual, es una conducta ante la vida regida hacia uno mismo en favor de la fortaleza y el bienestar.

Coexisten diferentes variedades de autocuidados: primero los que se originan de las necesidades primordiales y de incremento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc), los que están afiliados al transcurso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc). Y los que se derivan de los desvíos de la etapa de salud.

Esta conjetura, explica y describe las razones por la cual la enfermería ayuda a los individuos. La pérdida de autocuidado empieza cuando el requerimiento de labor es más que la cabida del propio individuo para ejecutar, imposibilitando su autocuidado perenne. Cuando existe una carencia de autocuidado es la circunstancia que garantiza la necesidad de los cuidados de enfermería. (23)

La conjetura de Dorothea Orem, sostiene que el paciente es un componente que se consigue observar a partir un punto de vista orgánico, general y emblemático.

El individuo se aprecia a manera de un agente, con la competencia viable de complacer sus adecuadas necesidades de autocuidado con la conclusión de cuidar su existencia, fortaleza y prosperidad. Los autocuidados suelen ser: universal (semblantes primordiales de la existencia, encaminados a las necesidades transcendentales), afiliado al transcurso de desarrollo (como la edad de la persona) y los procedentes de los desvíos del período de la salud, desarrollo del malestar, diagnóstico y tratamiento médico.

La relación de la Teoría del déficit del autocuidado con la investigación

Dorothea Orem estima al paciente a manera un elemento en la cual se consigue observar a partir un lugar biológico, general y emblemático. La falta de autocuidado es una definición abstracta que, al ser mencionado en técnicas de controles de labor sitúa a la opción de procedimientos de favor y comprensión que posee el paciente en la actividad de autocuidado.

La nómina de enfermería (rol) está dirigida para ayudar a la persona a progresar en la vida para obtener responsabilidad de su autocuidado dependiendo a su padecimiento, o de soporte-formación, asistiendo a los mayores que padecen de diabetes mellitus tipo 2 para que puedan desarrollar las acciones de autocuidado, apoyándolos a instituir a residir con el malestar, variando o conservar las prácticas sanas, induciendo la autoconfianza para considerar cualquiera sea la complicación del padecimiento. Se podría plantearse acciones de enfermería, según los resultados observados en dicha investigación en la cual se incluye a la suposición de los métodos de enfermería diseñados por Dorothea Orem, en la cual se encuentren capacitados para las personas individuales, dentro de módulo de atenciones dependientes, para los grupos en la cual los que conforman tienen demanda de atenciones beneficiosas con mecanismos similares o que muestren dificultades parecidas en la cual les impiden involucrar en un cuidado dependiente o autocuidado. (24)

1.3.3 Adulto Mayor

Según la OMS, sostiene el uso del término “Adulto Mayor” se refiere a los individuos a partir de 60 años y más en la cual evita múltiples denominaciones como ancianas, gerente, entre otras.

La OPS estima a manera de que los individuos mayores es a aquellas que tienen 60 a más años de edad, poseyendo en el avance de la expectativa de vida de la localidad en la región y los contextos en las que se da la degeneración, en los países en vías de desarrollo.

En Perú el envejecimiento se obtiene con tipologías específicas en el tema de hombres y mujeres. Esto se debe a las trascendencias inequidades organizadas, los hombres que hoy en día tienen con más de 60 años poseía una vía a otros horizontes de educación, en la cual accedió a obtener una superior estimación para incluir en el mercado laboral en circunstancias con ventajas.

En la cual se hizo que accediera la totalidad a una responsabilidad formal y desarrollarse en contextos de mayor independencia, especialmente en áreas no domésticas, pero en el tema de mujeres, en generalidad eran alejadas para permitir la escolaridad, lo que limita sus medios de calificar para el trabajo y su actuación en el parte formal. Por lo que su faena poseyó parte en la esfera domestica sobre todo, transformándolas en vidas económicas dependientes. (25)

1.3.4 Diabetes Mellitus

Compone un conjunto de perturbaciones metabólicas determinado por horizontes superiores de glucosa en sangre (hiperglucemia) originados por fallas de secreción o la labor de la insulina, o puede ser en entrambas.

1.3.4.1 Fisiología y fisiopatología de la diabetes

La insulina es segregada por los elementos beta, es uno de las tipologías de células de islotes de Langerhans del páncreas. Es un producto glandular anabólica o de acumulación. La secreción de la insulina se incrementa y produce que la glucosa siga el transporte a músculos, hígado y adipocitos, esto se da en la ingestión de las comidas. En estos elementos, la insulina contiene los sucesivos efectos: traslada y metaboliza la glucosa para captar la energía, provoca la acumulación de glucosa

en el hígado y músculos (glucógeno), exterioriza al hígado que libere la glucosa, incita el acaparamiento de la grasa en el tejido adipocito, activa la transferencia de aminoácidos a las células.

1.3.4.2 Clasificación

Existen distintas tipologías de diabetes mellitus que aplazan en el principio, recorrido médico, y procedimiento. Las primordiales son:

- Tipo 1
- Tipo 2
- Diabetes mellitus gestacional
- Diabetes mellitus relacionadas con otros procedimientos o síntomas

1.3.5 Diabetes Mellitus tipo 2

Es un desorden metabólico que se distingue por la carencia referente de la fabricación de la insulina, a manera que la mínima labor y la mayor firmeza de la misma. Mucho antes se mencionaba diabetes no insulino dependiente, del adulto o tipo II. La firmeza insulinica es la reducción de la comprensión de los entretejidos a la insulina. En circunstancias normales, la insulina se establece a los recipientes específicos de la extensión del elemento y comienza una sucesión de retrocesos implicados en la asimilación de la glucosa. En la diabetes mellitus tipo 2, tales resistencias intracelulares reducen y la insulina es seguro positiva para incitar la atracción por los tejidos y para normalizar la liberación de glucosa por el hígado. Es incierto el componente correcto que dirige a la firmeza a la insulina y a la exudación defectuosa de ésta en la diabetes mellitus tipo 2, sin embargo se provee que los componentes hereditarios es un segmento de este transcurso.

1.3.5.1 Diagnostico de la diabetes mellitus tipo 2

Para diagnosticar la diabetes mellitus se consigue manejar distintos criterios como:

Sintomatologías de diabetes aumentada una glucemia casual medida en la sustancia venosa sea igual o mayor a 200 mg/dl. Se delimita a modo de cualquier hora del día sin correlación con el período pasado desde el último alimento. Las sintomatologías principales abarcan la poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin explicación.

La glucemia en ayunas, el régimen la sustancia venosa que sea igual o mayor a 126 mg/dl (7mmol/l). En ayunas se delimita como un espacio sin ingesta de calorías menos de ocho horas.

1.3.5.2 Manifestaciones clínicas de la DM tipo 2

- Primero se encuentra la poliuria (aumento de la micción)
- Polidipsia (aumento de la sed) en la cual es la merma enorme de líquidos coherente con la diuresis osmótica.
- La polifagia (ampliación de la apetencia) como respuesta de la etapa catabólica incitada por la disminución de la insulina y la degradación de proteínas y grasas.
- La fatiga
- Agotamiento
- Permutas visuales súbitos
- Picazón o parestesias en manos y pies.

1.3.5.3 Tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2

El método no farmacológico percibe semblantes primordiales: el procedimiento de nutrición, acción físico y prácticas vigorosas.

Método con antidiabéticos orales, se inicia en cualquier individuo con DM tipo 2 que no ha obtenido los fines de buen control glucémico con las permutas beneficiosas en el modo de vida.

La insulino terapia: el individuo que padece de DM tipo 2 necesita insulina para la conducción del contracambio metabólico riguroso originada por este padecimiento intercurrente. Se da a conocer por el malestar intercurrente cualquier patología aguda que se muestra al individuo con diabetes y que no es producida por el conflicto base. Comúnmente este paciente se localiza clínicamente inseguro en la cual necesita manejo hospitalario.

1.3.5.4 Las complicaciones agudas severas de la DM tipo 2

Los obstáculos de la DM mencionan a la hipoglicemia y la hiperglucemia o también llamado indicios hipoglucémico hiperosmolar no cetónico.

La hipoglucemia se refiere a la concentración anormalmente disminuida de glucosa en sangre que se encuentran menores de 50 a 60 mg/ml. La hipoglucemia severa en el individuo con DM tipo 2 es común cuando se indaga una inspección precisa de la glucemia, y sobre todo en los que se inyectan insulina.

El incremento en la continuidad de hipoglucemias señala el inicio o decadencia de una quiebra renal que hace alargar la existencia media de la insulina que circula.

1.3.5.5 Complicaciones crónicas de la diabetes mellitus tipo 2

Las condiciones habituales de las dificultades crónicas de la DM son padecimiento macrovascular, sufrimiento microvascular, neuropatía diabética, pie diabético.

Complicaciones macro vasculares

Trascienden de permutas en los vasos sanguíneos módicos a grandiosas paredes se incrementan, trastornan y cierran por placas; prolongan el flujo de la sangre bloqueada. La arteriopatía coronaria, el sufrimiento vascular y la enfermedad vascular adyacente son los principales tres tipologías de dificultades macro vasculares comunes en la cantidad de diabéticos.

Complicaciones micro vasculares

Se determina por el aumento de las mucosas basales de los estrechos que encierran a las cavidades capilares endoteliales. Dos áreas presuntuosas por estas permutas son la retina y el riñón asociándose a las enfermedades que se muestran:

Retinopatía diabética

Es provocada por permutas en los chicos vasos sanguíneos de la retina, si en caso no es precisada a un período podría causar la ofuscación (ceguera); se presentan signos como microaneurismas, hemorragias introretinianas.

Nefropatía diabética

Luego que se empieza la DM, incrementa el muestrario de permeabilidad glomerular. La estructura molecular de la membrana basal de los capilares renales (glomérulos) obtiene disposiciones que se utilizan como un colador selectivo o semipermeable, este tegumento se engrandece como consecuencia de la hiperglucemia crónico y se torna transparente, en la cual desperdicia las proteínas

plasmáticas en la orina. Si en caso incremento de la azúcar en sangre, el componente del trabajo renal se ve sujeto a la energía adicional, incrementa la coerción de los vasos sanguíneos nefríticos y se utiliza como incitación para la visión de nefropatía.

Neuropatía diabética

Se encuentra en el conjunto de padecimientos que aquejan a cualquiera las tipologías de nervios como adyacentes, libres y céntricos. Logra haber crecimiento del tegumento basal capilar y suspensión de éstos, e incluso asimismo una desmielinización nerviosa.

1. Poli neuropatía o neuropatía adyacente: perjudica a los extremos menores; ingrese las primeras señales que muestra son parestesias (impresión de prurito) y la impresión de quemazón por la noche, al avanzar la neuropatía, los pies se tornan duros.
2. Neuropatía libre: la neuropatía del medio nervioso independiente genera una extensa escala de disfunciones que perjudica casi toda parte del cuerpo y el método del cuerpo. Se presentan tres expresiones de la neuropatía autonómica son vinculadas con los regímenes cardiovasculares, gastrointestinal y renal. (22)

Pie diabético

Según la OMS los indicios del pie diabético se refiere a la úlcera, contaminación y/o putrefacción del pie agrupado a neuropatía diabética y distintos valores del malestar arterial periférico habiendo como consecuencia de la interacción complicada de distintos componentes. El pie diabético se forma en el transcendental factor de riesgo para la mutilación del pie.

Etiopatogenia

El pie diabético interceden distintos principios como: la poli neuropatía, dolencia vascular periférica y pérdidas inmunológicos. La poli neuropatía está comprometida en el 80% de las lesiones. La pérdida del sensorio hace que el pie sea indiferente ante incitaciones intensas y expuestas a lacerar.

La afectación autonómica induce una desventaja de sudoración, retornando a los pies más y más ásperos y con riesgo a la hiperqueratosis. (26)

Factores de riesgo para el pie diabético

Se genera como resultado de la agrupación de uno o más de los subsiguientes componentes:

- Neuropatía periférica
- Contaminación, padecimiento vascular periférica
- Trauma
- Modificaciones de la biomecánica del pie

Signos y síntomas

Como la codificación de los estados de dureza del pie diabético de acuerdo con la escala de Wagner:

- Grado 0: conflicto por apariencia del padecimiento vascular periférico, neuropatía, desventaja de la visión, deformidades ortopédicas, nefropatía, edad avanzada.
- Grado 1: lesión ligera.
- Grado 2: herida honda que alcanza al ligamento, articulaciones y/o hueso.
- Grado 3: contaminación limitada: celulitis, purulencia, osteomielitis.
- Grado 4: putrefacción local.
- Grado 5: putrefacción extensa (27)

Teoría de relación del apoyo familiar y autocuidado

La teoría de la Interrelación de Hildegard Peplau, se incluye las teorías sobre Enfermería de nivel medio las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería. Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención del enfermero y el resultado propuesto.

Enfermería, persona, salud y entorno según Peplau

Relación enfermero-paciente

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermero y paciente: Orientación, identificación, Aprovechamiento, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.

Identificación: El enfermero facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas. En el ejercicio profesional es visto desde el punto de vista novedoso, un método nuevo, y unos fundamentos teóricos, por lo que este modelo, la enfermera tiene como rol, fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente (familia). (34)

Rol de enfermería en una Residencia

Responsabilizarse del proceso de cuidar, es decir, que sea capaz de proporcionar atenciones individualizadas a la persona mayor, mediante un método sistemático y organizado. Valorar sus necesidades, deficiencias, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, lo que le permitirá priorizar los problemas y establecer un plan de atención adaptado a la problemática detectada, formular objetivos realistas y alcanzables para el anciano, la familia y/o cuidadores.

Así mismo planifica las actividades que permitan la participación de la persona mayor y de sus familiares/cuidadores. Colabore en el mantenimiento y/o recuperación del más alto grado de autonomía a que la persona pueda optar, evaluando los resultados del proceso. Desarrollar actividades dirigidas a las personas mayores de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad o problemas derivados de la situación, teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran, también dirigidas a su familia y/o cuidadores informales, educar para el mantenimiento de la salud y la adaptación al proceso de envejecer, identificando situaciones de riesgo, ayudando en la recuperación de las enfermedades o bien en el seguimiento de situaciones crónicas y en la ayuda personal en el proceso de muerte.

Liderar el equipo de enfermería y participar en el trabajo del equipo interdisciplinar para poder dar el cuidado, definiendo y formulando su especificidad en las atenciones a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando con los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación. Participar en el análisis de su actividad específica mediante la investigación que defina su compromiso con la sociedad según los derechos y valores de las personas mayores utilizando la investigación para mejorar la calidad de atención que proporciona, implicando la teoría con la práctica entre los propios profesionales, entre los cuidadores y otros grupos sociales.

Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones, centrando su praxis profesional en el respeto a la persona mayor y a su familia. Emprendiendo medidas destinadas a preservarlos, ajustando sus decisiones y comportamientos a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, basándose en el código deontológico profesional.

1.4 Formulación del problema

Problema general:

¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

Problemas específicos:

- ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que recibe el adulto mayor diabético según dimensiones en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú?
- ¿Cuál es el grado de autocuidado que aplica el adulto mayor diabético de la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú?

1.5 Justificación del estudio

Este estudio se realizó ya que constituye uno de los problemas más importantes de salud pública de forma creciente por la que repercute en altos costos del tratamiento y en la prevención de complicaciones. En la cual contribuye a demostrar que el apoyo familiar ejerce un tema importante que va de la mano con el autocuidado para una óptima recuperación de la enfermedad en el adulto mayor diabético.

Desde el punto de vista práctico el estudio pretende fortalecer la intervención de la enfermera ante las situaciones críticas propias de la evolución de la enfermedad a fin de evitar situaciones de riesgo.

En el aspecto social, permitirá mejorar el apoyo de la familia, para optimizar las prácticas de autocuidado en el adulto mayor diabético, para mejorar su calidad de vida ya que la diabetes personifica una dificultad de salud pública de progresiva magnitud.

Y en el aspecto metodológico, sirve para que se realice más investigaciones, en cuanto a los instrumentos nos ayudara a establecer parámetros específicos para el estudio de la población sobre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético.

1.6 Objetivos

Objetivo general

- Establecer la relación entre apoyo familiar y el autocuidado en el adulto mayor diabético de la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

Objetivos específicos

- Evaluar el apoyo familiar que recibe el adulto mayor diabético según dimensiones en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú.

- Identificar el grado de autocuidado, según dimensiones; que aplica el adulto mayor diabético de la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú.

1.7 Hipótesis

Hipótesis general

H1: Existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

H0: No existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

Hipótesis específicas

HE1: El apoyo familiar que tienen los pacientes diabéticos es bajo.

HE2: El autocuidado que tienen los pacientes diabéticos es bajo.

II. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Diseño de investigación

El diseño es: No experimental. De corte transversal. Según Hernández Sampieri (2014), el estudio no experimental es aquel estudio que se da a cabo son distorsionar deliberadamente variables. Se apoya esencialmente en la indagación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para examinarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no existen condiciones ni estímulos a los cuales se muestren los sujetos de estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural.

Es de corte transversal porque consiste en la recolección de datos en un solo momento, en tiempo único, en la cual su fin es describir y vincular las variables y su incidencia de interrelación en un momento dado. El nivel de estudio es descriptivo correlacional

Según Sampieri (2014), menciona que los estudios descriptivos “buscan especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea inducido a análisis.

Según Sampieri (2014), sostiene que los estudios correlacionales poseen como fin “evaluar el grado de correspondencia que exista entre dos o más nociones o variables, evalúan cada una de ellas y después, miden y estudian el vínculo. Tales correlaciones se sostiene en hipótesis dominadas a prueba”.

2.2 Variables y Operacionalización

V1: Apoyo familiar

V2: Autocuidado

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
----------	--------------------------	---------------------------	-------------	-------------	-----------------------

Apoyo familiar en el adulto mayor diabético.	<p>Según la OMS</p> <p>El Apoyo Familiar consiste en las relaciones personales que se establece al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas. (14)</p>	<p>Se evaluó el apoyo familiar en el adulto mayor diabético mediante una escala de Likert en la cual incluyo: Apoyo afectivo, valorativo, apoyo informacional y apoyo instrumental categorizado en alto, medio y bajo.</p>	<p>Apoyo afectivo</p> <p>Valorativo</p> <p>Apoyo informacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muestra de afecto • Escucha • Comprensión • Confianza para secretos • Muestra de respeto • Decisiones • Orgullo de familiares • Consejos familiares • Alimentación adecuada • Cuidados de la enfermedad • Consecuencias 	<p>Ordinal</p> <p>Alto (73-100)</p> <p>Medio (29-75)</p> <p>Bajo (20-28)</p>
--	--	--	--	---	---

			Apoyo instrumental	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidado de los pies • Consejería del corte de uñas • Importancia del ejercicio • Grado de apoyo familiar • Atención del familiar • Controles médicos • Ayuda familiar • Preparación de alimentos • Control de medicamentos 	
--	--	--	-----------------------	--	--

Autocuidado en el adulto mayor diabético	Según la OPS El autocuidado es una actividad del individuo aprendida por este y orientada hacia un objetivo .Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la	Se evaluó el autocuidado en el adulto mayor diabético mediante la escala de Likert en la cual incluyo: control médico, dieta, ejercicios, cuidados de los pies y control oftalmológico	Control médico	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad • Control • Cumplimiento de las indicaciones 	Ordinal Alto (98-135) Medio (39-97) Bajo (27-38)
			Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de dieta • Periodicidad 	
			Ejercicios	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios y tiempo de ejercicios • Tipo de ejercicios 	
			Cuidados de los pies	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de zapato y medias • Revisión periódica • Medidas Preventivas • Higiene 	

	<p>vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno a su propio desarrollo. (20)</p>	<p>categorizado en alto, medio y bajo</p>	<p>Control oftalmológico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Periodicidad • Medidas de control 	
--	---	---	------------------------------	--	--

2.3 Población y muestra

En el estudio de investigación se tomó como población a los pacientes adultos mayores que sufren de diabetes mellitus, que se encuentran internados en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú; siendo un total de 50 pacientes.

Muestra: No se instruyó una muestra, por lo que se trabajó con toda la población (50 pacientes).

Criterios de selección

Criterios de Inclusión:

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo II.
- Pacientes adultos mayores (60 años a más).
- Pacientes de ambos sexos.
- Paciente que llevan control en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú.
- Pacientes que se asisten a su control ambulatorio.

Criterios de Exclusión:

- Pacientes que no accedan participar en el estudio y/o no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que no se encuentren orientados en tiempo, espacio y persona.

2.4 Técnicas de instrumentos de recolección de datos

La técnica que se empleó en la variable Apoyo familiar fue la encuesta y el instrumento que se empleó fue la escala de Likert, el instrumento fue tomado por la autora Gloria Carbajal Esquivel ⁽²⁸⁾ y modificado por la autora. El instrumento estuvo conformado por 20 preguntas que se evaluó el apoyo familiar en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, y consta con 4 dimensiones: Apoyo afectivo, valorativo, informacional e instrumental.

Para medir la variable Autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, se utilizó la técnica de la encuesta y el

instrumento que se usó fue la escala de Likert, el instrumento fue tomado por la autora Milagros Arias Bramón ⁽²⁹⁾ y modificado por la autora. El instrumento estuvo conformado por 27 preguntas que se evaluó el autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, y consta de 5 dimensiones: control médico, dieta, ejercicios, cuidado de los pies y oftalmológico (Anexo 2)

Validación y Confiabilidad del instrumento

La validación del instrumento propuesto se estableció mediante el juicio de expertos, en total fueron 5 profesionales de la salud entre docentes universitarios, especialistas en el área asistencial y de investigación ya que el instrumento fue seleccionado de una tesis y modificado por la autora. (Anexo 4)

Se determinó la confiabilidad del instrumento se ejecutó la prueba piloto, por lo que se encuestó a 10 personas que padecen de diabetes mellitus, las cuales no formaron parte de la muestra. Continuando con el programa SPSS 22 se evaluó con el método alfa de Cronbach, por lo cual el resultado fue de 0,744, en la variable Apoyo familiar, en la cual señala que la encuesta aplicada fue una confiabilidad buena. Por último con respecto a la variable Autocuidado el resultado de Alfa de Cronbach fue de 0,704, por lo tanto es una confiabilidad buena. (Anexo 5)

2.5 Métodos de Análisis de datos

Para el análisis de los datos del estudio se utilizó la escala de Likert (Anexo 3) para vaciar los resultados a una base de datos se usó el programa de Spss 22.

Los puntajes obtenidos fueron interpretados empleando los estandares (Anexo 6), que permitió identificar los niveles:

- Para la variable Apoyo familiar

Alto	73-100
Medio	29-79
Bajo	20-28

-Para D1: Apoyo afectivo

Alto	16-20
Medio	6-15
Bajo	4-5

-Para D2: Valorativo

Alto	12-15
Medio	5-11
Bajo	3-4

-Para D3: Informativa

Alto	26-35
Medio	11-25
Bajo	7-10

-Para D4: Instrumental

Alto	23-30
Medio	9-22
Bajo	6-8

-Para la variable Autocuidado

Alto	98-135
Medio	39-97
Bajo	27-38

-Para D1: Control médico

Alto	23-30
Medio	9-22
Bajo	6-8

-Para D2: Dieta

Alto	26-35
Medio	11-25
Bajo	7-10

-Para D3: Ejercicios

Alto	12-15
Medio	5-11
Bajo	3-4

-Para D4: Cuidados de los pies

Alto	30-40
Medio	12-29
Bajo	8-11

-Para D5: Cuidado oftalmológico

Alto	12-15
Medio	5-11
Bajo	3-4

2.6 Aspectos éticos

En el presente estudio de investigación, se tuvo en cuenta los cuatro principios éticos.

Autonomía: Los adultos mayores diabéticos que participaron en este estudio de investigación permanecieron comunicadas de los beneficios y objetivos que tendrían si accedía su participación. Para garantía los participantes firmaron un consentimiento informado. (Anexo 8)

Justicia: Los adultos mayores conservaron el derecho a disponer si se retiraban o no del presente estudio.

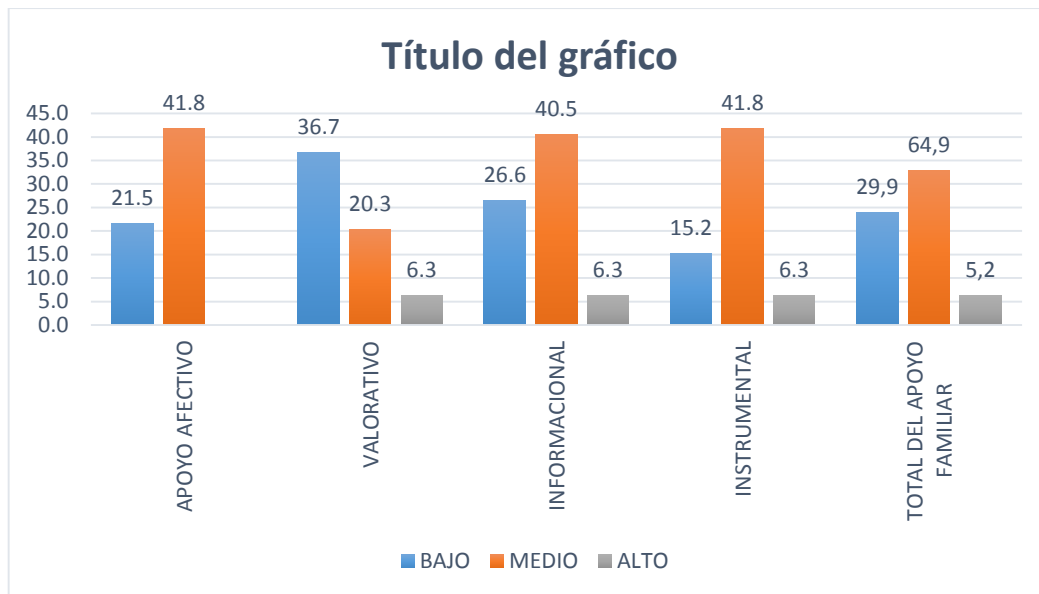
No maleficencia: las identidades permanecieron en el anonimato.

Beneficencia: la información beneficio los estudios sobre el apoyo familiar y autocuidado que los adultos mayores muestran en la Residencia asistida para adultos Geriatrics Perú.

III.RESULTADOS

Grafico 1

Apoyo familiar en el adulto mayor diabético según dimensiones. Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, 2017.



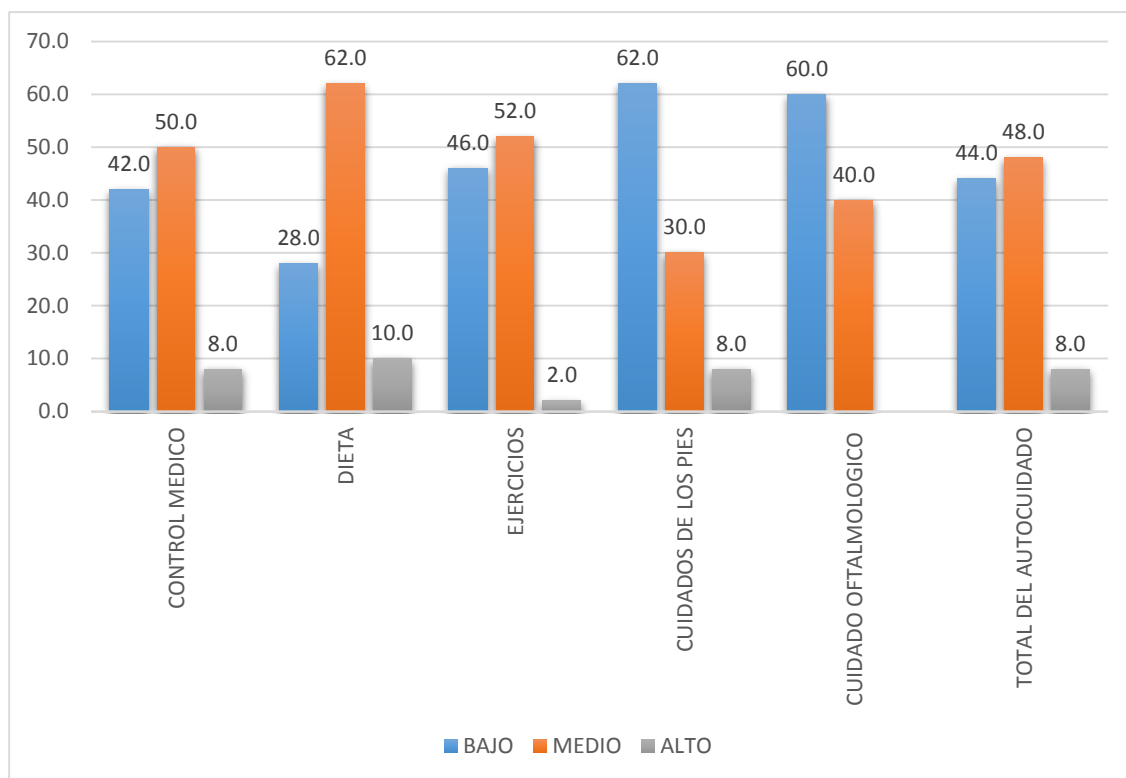
Fuente: Custodio, J. 2017

Interpretación:

En las dimensiones de apoyo familiar así como el total (64,9%) predomina el nivel medio, siguiendo con un total (29,9%) de apoyo familiar bajo. Se presentaron 3 casos (6,3%) de nivel alto de apoyo familiar, presentes en todas las dimensiones excepto en el apoyo afectivo y del total de apoyo familiar.

Grafico 2

Autocuidado en el adulto mayor diabético según dimensiones. Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú, 2017.



Fuente: Custodio, J. 2017

Interpretación:

Las dimensiones que presentan más bajos niveles de autocuidado es el cuidado de los pies y oftalmológico. Se presentaron pocos casos de niveles altos de autocuidado (8%) que se mantiene en todas las dimensiones excepto en la dimensión de cuidado oftalmológico.

Gráfico 3

Relación entre apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético

Tabla cruzada Apoyo familiar y autocuidado del paciente

Tabla cruzada Apoyo familiar*autocuidado_paciente									
Apoyo familiar		autocuidado_paciente						Total	%
		bajo	%	medio	%	alto	%		
	Bajo	17	65,4%	9	34,6%	0	0,0%	26	100,0%
	medio	5	26,3%	14	73,7%	0	0,0%	19	100,0%
	Alto	0	0,0%	1	20,0%	4	80,0%	5	100,0%
Total		22	44,0%	24	48,0%	4	8,0%	50	100,0%

Interpretación:

El 65,4% de los adultos mayores que tienen bajo apoyo familiar también tienen bajo autocuidado. Y el 80% que tienen alto nivel de apoyo familiar también tienen un alto grado de autocuidado.

Prueba de hipótesis

Habiéndose planteado la hipótesis:

H0: No existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

H1: Existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017.

Se procedió a realizar la prueba de chi cuadrado, obteniéndose:

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,651 ^a	4	0.000
Razón de verosimilitud	31.113	4	0.000
Asociación lineal por lineal	20.443	1	0.000
N de casos válidos	50		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,40.

Con una significancia ($p < 0.05$) se rechaza la H0 y se acepta la H1: existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Perú 2017.

Gráfico 4
Prueba de Rho Sperman

Correlaciones				
			Apoyo familiar	Autocuidado del paciente
Tau_b de Kendall	Apoyo familiar	Coeficiente de correlación	1,000	,552**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	50	50
	Autocuidado del paciente	Coeficiente de correlación	,552**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	50	50
Rho de Spearman	Apoyo familiar	Coeficiente de correlación	1,000	,567**
		Sig. (bilateral)		,000
		N	50	50
	Autocuidado del paciente	Coeficiente de correlación	,567**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	50	50

Interpretación:

Hay una relación de 0,567, lo que significa que la relación es moderada.

IV. DISCUSIÓN

Acerca del apoyo familiar en el adulto mayor diabético, en el presente estudio se encontró que la mayoría de adultos mayores presenta un nivel de apoyo familiar medio (64.9%), seguido del nivel de apoyo familiar bajo (29.9%). Este estudio coincide con 1 estudio nacional, así como a Carbajal ⁽²⁸⁾, en su estudio realizado en Trujillo- Perú, donde se encontró que 45.7% de los adultos mayores tienen un nivel de apoyo familiar medio. Por otro lado los resultados de este presente estudio difieren de tres estudios nacionales y un estudio internacional. A nivel nacional tenemos a Gonzales ⁽¹⁰⁾, que en un estudio realizado en Lima encontró que el 66% de los pacientes tenían una buena función familiar, de igual manera Chávez ⁽¹¹⁾ en su estudio realizado en Lima encontró que el 51,3% de pacientes obtuvo un nivel de apoyo familiar bueno, así como Anaya ⁽¹²⁾, en su estudio realizado en el Callao, se encontró que el 43.7% la participación del diabético es bajo. A nivel internacional tenemos a Molina, Bahsas y Hernández ⁽⁹⁾, en Venezuela encontraron que el 82.8% la funcionalidad familiar fue muy buena a costa de la conciliación y participación. Según base teórica el apoyo familiar consiste en las relaciones personales que se establecen al interior del hogar o fuera a partir de lazos de parentesco, donde la familia contribuye a mejorar la salud de aquellos que la conforman a través de sus actividades básicas: proporciona vivienda y dieta adecuada, enseña las bases de la higiene y cuidados de la salud y facilita el cuidado e uso de componentes cuando caen enfermos ⁽¹⁴⁾. Por todo lo mencionado se puede decir que a nivel nacional se muestra que difieren la mayoría del estudio del apoyo familiar. Esto se podría deberse a que el lugar estudiado en la presente tesis correspondía a un centro de nivel I, mientras que los estudios de los antecedentes mencionados fueron realizados en un hospital de segundo nivel. Por ello además es importante el apoyo familiar que reciba el paciente, más aun siendo un adulto mayor que padece de la diabetes, de la cual el profesional de enfermería desempeña un papel importante ya que está a la vanguardia del cuidado de su salud del adulto mayor diabético, y donde es de suma importancia el apoyo que recibe del familiar, y así poder ayudar a su pronta recuperación y evitar posibles complicaciones de su enfermedad.

Sobre el apoyo familiar en la dimensión de apoyo afectivo, se encontró que el 41.8% tienen un nivel de apoyo afectivo medio y un 21.5% apoyo afectivo bajo. Se ha encontrado un estudio que coincide como el de Molina, Bahsas y Hernández ⁽⁹⁾ en relación con el apoyo afectivo que obtuvo un 48.2% donde predomina el apoyo afectivo medio. Y no se ha encontrado más antecedentes que hayan evaluado esta dimensión. Según base teórica, el apoyo afectivo es determinado como emociones de ser querido y de pertenencia, la amistad, la autoridad de expresarse con alguna persona, y disponer de alguien para comunicarse ⁽¹⁷⁾. En la cual es una de las dimensiones donde entra un rol importante de la familia hacia el paciente, ya que ayudara a su pronta recuperación y su estado emocional del mismo. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Con respecto a los ítems de la primera dimensión, sobre muestras de afecto, nos dice que 21.5% de los adultos mayores casi nunca reciben muestras de afecto y el 19% solo reciben a veces las muestras de afecto. Este ítem no se encontró antecedentes, por lo cual no se puede comparar. Según base teórica el afecto es la acción a través de la cual un ser humano le profesa su amor a otro ser humano, aunque también es muy común que el destinatario de ese amor no sea exclusivamente otro individuo. Respecto del origen del mismo, el afecto siempre será el resultado de un proceso de interacción social entre dos o más organismos y que se caracterizará por el feedback, es decir, el afecto es algo que le puedo dar a la, o las personas que quiero y estas apenas reciban mi demostración también pueden contestarlas y retribuir las, demostrándome que las recibieron y que ellos también sienten lo mismo. ⁽¹⁷⁾. Por eso dice que la muestra de afecto es importante y más aun en el adulto mayor ya que así su recuperación será más rápida, sin embargo según los resultados no dice que la mayoría de los adultos mayores no reciben casi nunca muestras de afecto. Es un papel importante para el personal de enfermería entrar a actuar en la parte de promoción de salud, mediante sesiones educativas a toda la familia de cada uno de ellos.

En la dimensión de apoyo valorativo, se encontró que predomina con un 36.7% tienen un nivel de apoyo valorativo bajo, seguido de un 20.3% de apoyo valorativo medio y un 6.3% alto. No se han encontrado antecedentes que hayan evaluado esta dimensión. Según base teórica, el apoyo valorativo, fortalece principalmente la autoestima, retroalimenta diligencias positivas en el individuo y accede verse a sí mismo en forma holística, donde prima el valor que se da a la persona y destacar la importancia del respeto ⁽¹⁶⁾. Es importante que la enfermera durante el proceso de tratamiento el apoyo valorativo que le damos al paciente y sobre todo el apoyo de la familia es donde se verá mejores resultados para su pronta recuperación y evitar así las posibles complicaciones que puede existir en el proceso de la enfermedad. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- En el ítem numero 5 sobre muestra de respeto, se obtuvo un 41.8% de los adultos mayores nunca han recibido muestra de respeto. Por lo tanto no se evidencio estudios que se ha evaluado sobre este ítem. El respeto es un sentimiento positivo que se refiere a la acción de respetar; es equivalente a tener veneración, aprecio y reconocimiento por una persona o cosa. Como tal, la palabra proviene del latín respectus, que traduce 'atención', 'consideración', y originalmente significaba 'mirar de nuevo', de allí que algo que merezca una segunda mirada sea algo digno de respeto.⁽¹⁶⁾ El respeto es uno de los valores morales más importantes del ser humano, pues es fundamental para lograr una armoniosa interacción social. Una de las premisas más importantes sobre el respeto es que para ser respetado es necesario saber o aprender a respetar, a comprender al otro, a valorar sus intereses y necesidades. En este sentido, el respeto debe ser mutuo, y nacer de un sentimiento de reciprocidad.

En la dimensión de apoyo informacional, se encontró que el 40.5% tienen un nivel medio, seguido de un 26.6% de apoyo informacional bajo y un 6.3% de nivel alto. No se han encontrado antecedentes que hayan evaluado esta dimensión. Según la base teórica, Se da mediante la información que buscan las personas, consejo o una guía que les facilite solucionar sus problemas. En la cual se distingue del apoyo instrumental, es que la información no es la salida sino que accede a quien la acoge ayudarse a sí mismo. Esto logra contener una aclaración de las indicaciones sobre

el procedimiento, indicaciones en pedir apoyo experto, instrucción para ejecutarlo de alguna forma ⁽¹⁷⁾. El papel de la enfermera es muy importante ya que el profesional de enfermería tiene que brindarle información sobre cada proceso que realicemos y a los familiares para que ellos se sientan en confianza y que no se de ningún tipo de problema. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Sobre el primer ítem de la tercera dimensión, sobre consejos familiares, se obtuvo que 30.4% casi nunca reciben consejos familiares, seguido del 19% de los adultos mayores nunca recién consejos familiares. Según la base teórica Los consejos familiares se pueden llevar a cabo a modo de charlas entre padre e hijo o entre ambos padres y varios hijos. Cuando un marido y su esposa hablan el uno con el otro, están llevando a cabo un consejo familiar. ⁽¹⁷⁾ La importancia sobre los consejos familiares ayudara a que la persona tenga una confianza única en usted, y así ayude a su pronta recuperación. Según los ítems, no se encontró ningún estudio que se encuentre estos ítems.

En la dimensión de apoyo instrumental, se encontró que el 41.8% tienen un nivel medio, seguido de un 15.2% de nivel bajo y 6.3% con un nivel alto. No se encontraron antecedentes que hayan evaluado esta dimensión. Según base teórica, el apoyo instrumental es el abastecimiento existente de los servicios; es permitido cuando se usan apoyos instrumentales o materiales que ayudan concisamente a quien lo necesite. Se brinda “apoyo instrumental” cuando se difunde gestiones instrumentales que ayudan verdaderamente a quien lo requiera; se apoya a otro a realizar o concluir el trabajo, se atiende a la persona. ⁽¹⁷⁾ El profesional de enfermería desempeña un papel importante ya que los pacientes deben ser adecuadamente controlados, para poder llevar una calidad de vida adecuada. En un análisis se destaca los ítems más resaltantes:

- Con respecto a los ítems de la cuarta dimensión, sobre el tercer ítems de controles médicos, se obtuvo que el 31.6% casi nunca llevan su control médico, seguido del 19% que nunca lo han llevado. Según base teórica Reconocimiento médico o clínico es el examen que se realiza para averiguar el estado de salud de una persona. Es parte del método clínico, considerándolo como el proceso o secuencia ordenada de acciones que los

médicos han desarrollado para generar su conocimiento desde el comienzo de la era científica. ⁽¹⁷⁾ En mi opinión el control médico es importante para evita así la complicación de la enfermedad y esto conlleve a la muerte, por ello es importante que el familiar esté atento ante cualquier hecho. No se encontraron antecedentes que evalúen este ítem.

- Sobre el cuarto ítem de preparación de los alimentos, se obtuvo un 29.1% casi nunca reciben ayuda para su preparación de alimentos. Y del quinto ítem, sobre control de medicamentos, se obtuvo un 39.2% que casi nunca llevan su control de medicamentos. Según base teórica la palabra preparación puede tener diferentes usos, aunque en términos generales su significado es siempre similar. Una preparación, ya sea un elemento o una actividad, siempre implica la puesta en marcha de un proceso de elaboración de algo o de un evento que requiere cierta planificación y organización con el fin de obtener los resultados que se esperan. El término 'preparar' es el verbo que indica la acción de poner algo en funcionamiento y comenzar con la tarea de realización específica de la situación a la cual se hace referencia.⁽¹⁷⁾ En mi opinión la preparación de los alimentos debe ser balanceada ya que una persona que sufre de la diabetes, debe evitar carbohidratos, para evitar así que la persona se complique y se dé su pronta recuperación, ya que es importante recibir consejo con nutricionista para que pueda indicar la dieta adecuada. Con respecto a estos ítems, no se evidencio estudios que hayan evaluado estos ítems.

Acerca sobre el autocuidado, en el presente estudio se encontró que el (48%) de los adultos mayores presenten un grado de autocuidado medio, seguido del (44%) de grado de autocuidado bajo. Este estudio coincide con 1 estudio internacional y 2 estudios nacionales. Así Contreras, Hernández y Navarro ⁽⁵⁾, en su estudio realizado en Colombia, encontraron que 88.89% obtuvieron un grado de autocuidado medio, de igual manera Anaya ⁽¹²⁾, en su estudio realizado en el Callao, encontraron que 60.6% obtuvieron un grado de autocuidado medio, así como Arias ⁽²⁹⁾, en su estudio realizado en Lima, encontraron que 52.1% obtuvieron un grado de autocuidado medio. Según la base teórica el autocuidado El paciente diabético debe ejecutar diversas atenciones que debe de cumplir como: la atención farmacológica, dietético, deportes, sanitarios y atenciones oftálmico, para mantener

y optimizar su calidad de vida y así evitar futuras dificultades y por lo tanto la trascendencia en el semblante biopsicosocial subjetiva. Las personas que padecen de enfermedades perciben un procedimiento en la cual tiene como objetivo estabilizar la azúcar en la sangre para disminuir el progreso de las consecuencias vasculares y neuropatías ⁽²⁰⁾ Por todo lo mencionado se puede decir que a nivel nacional hay más estudios que coinciden con el estudio del grado de autocuidado en adultos mayores, en la población estudiada el grado de autocuidado se encontró en el nivel medio. Es importante el grado de autocuidado que recibe el adulto mayor, por nuestra parte como profesional de enfermería brindar un cuidado integral al paciente, también la educación que brindamos a los familiares sobre el cuidado que debe darle, y sobre todo a los pacientes mismos, orientar sobre cómo cuidar su salud y mejorar su calidad de vida, también llevar un control en su vida diaria, la alimentación adecuada que debe llevar, control diario de sus medicamentos y el cuidado del mismo paciente.

Sobre el grado de autocuidado en la dimensión de control médico, se encontró que el 50% de los adultos mayores tienen un nivel de control médico medio y un 42% bajo. Este estudio coincide con 1 estudio nacional, así a Arias ⁽²⁹⁾ , en su estudio realizado en Lima, se encontró que el 77.1% llevan un nivel de control médico medio. Según base teórica el control médico cada año tiene que ejecutarse una anamnesis, una indagación física completa y una determinación metódica, y así estimar la presencia de las futuras dificultades. Se debe realizar también una evaluación de los objetivos de la inspección y procedimiento curativo y adecuarlo si es preciso. Los registros se proyectaran en función del estado de la vigilancia metabólica, las insuficiencias del proceso educativo y el período del progreso de la enfermedad (diabetes). Después de el diagnostico dado, se debe adaptar el tratamiento y ejecutar el programa de educación básico cada dos semanas. Posteriormente del primer año de prescripción, en pacientes diabéticos firmes o sin modificación en el procedimiento, se realizara las inspecciones con la subsiguiente continuidad: una o dos registros médicos anual, y visitas de enfermería cada tres o cuatro, en la cual incorporen la intervención educativa. ⁽²¹⁾ Por todo lo mencionado se puede decir que solo hay un estudio que coincide, esto se puede deberse a que hay más diferentes estudios como conocimientos, más no prácticas de autocuidado. Además es de suma importancia, el control médico más aun en los

adultos mayores, ya que quizás no cuenten con apoyo familiar y al no llevar este control pueda ocurrir complicaciones. Nuestra labor de enfermera es concientizar a los mismos pacientes y familiares en la importancia del control médico, donde detectando a tiempo alguna complicación, se pueda actuar ante ello. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Con respecto al primer ítem de la primera dimensión, sobre periodicidad, nos dice que 22.8% casi nunca llevan un control periódico, seguido del 21.5% nunca llevan. Según base teórica la periodicidad es un término aplicado para mencionar a una persona o elemento que se caracteriza por ser periódico, es decir, el elemento mencionado en la oración es frecuente (posee una repetitividad muy continua), esta palabra puede ser aplicada en cualquier ocasión, por ejemplo: la periodicidad del pago en la empresa es quincenal, otro ejemplo sería la entrega del periódico matutino tiene una periodicidad diaria; en otras palabras, es utilizada para definir la continuidad que se observa de un componente determinado. Uno de los ámbitos donde es aplicado este término es en la física, donde se denomina periodicidad a la tabla que permita apreciar la misma forma de una gráfica, cuando se relacionan unos intervalos en específico en el eje independiente ⁽²¹⁾ Este ítem no se encontró sus resultados para compararlos. Es importante llevar una periodicidad sobre el control médico, al menos acudir 3 o 4 veces al año, para que así se pueda identificar algún tipo de problema. Ya que es importante llevar una periodicidad de acuerdo a que patología presente, en este caso al paciente diabético, por lo cual tiene que llevar un control diario sobre su tratamiento.

Sobre la segunda dimensión, sobre dieta, se encontró que el 66% llevan un nivel medio en la dieta y un 28% llevan un nivel bajo en dieta. Este estudio coincide con 1 nacional, así Arias ⁽²⁹⁾, en su estudio realizado en Lima, se encontró que un 60.4% llevan un nivel medio en dieta. Según base teórica la dieta tiene como finalidad poder conservar el nivel de glucosa normal, o lo más cerca de lo normal en el resto del día. Cuidar el nivel de colesterol, triglicéridos y lípidos, sobre todo el nivel de LDL (lipoproteína de baja densidad), que se encuentren entre los términos normales, por lo que el incremento de lípidos establece principios de riesgo para el

sistema cardiovascular. Conservar el peso corporal llamado (peso ideal). El propósito de la alimentación del paciente diabético debe basarse en la proporción de calorías que provienen de carbohidratos, proteínas y grasas. Tiene que ser individualizado y acoplado a las situaciones de vida del diabético. Los alimentos se repartirán en cinco a seis porciones diarias de la siguiente forma: desayuno, colación o merienda, almuerzo, colación o merienda, comida o cena y colación nocturna (esta última es para pacientes que se administra insulina en la noche). La sal debe consumirse en cantidad moderada (seis a ocho gramos) y solo debe limitarse cuando se encuentren con dolencias concordantes (HTA, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal)⁽²²⁾. Por todo lo mencionado, el cuidado dietético es indispensable en el control del paciente diabético, ya que ayuda a mejorar su estado de salud, por lo que cada paciente debe de tener instrucciones dietéticas de acuerdo a su edad y disponer de alimentos en el lugar donde se encuentre. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Con respecto al primer ítem, sobre tipo de dieta, nos dice que un 30.4% casi nunca llevan un control en la dieta, seguido del 19% que nunca llevan un controle en la dieta. Según base teórica existen algunos aspectos que determinan el tipo de alimentos que ingiere cada persona, estos podrían ser de orden económico, cultural, geográfico y social. Como por ejemplo, una persona que vive en China no posee los mismos hábitos alimenticios que una persona que viva en Estados Unidos, debido a que su cultura es diferente y por consiguiente su alimentación también es diferente. Entre los tipos de dieta que encontramos en los seres humanos, están la vegetariana (se enfoca en una alimentación con verduras y vegetales); luego tenemos la dieta omnívora (se basa en el consumo de alimentos animal y vegetal), dieta carnívora (alimentos de procedencia animal); finalmente están las terapéuticas (son las que alteran la composición en nutrientes cuando existe una enfermedad)⁽²²⁾ Este ítem no se encontró sus resultados para comprarlos. En mi opinión es importante saber qué tipo de dieta está llevando un paciente diabético, donde debe de tener un plan de alimentación del diabético y en la cual enfocarse en el porcentaje de calorías que provienen de grasas, carbohidratos y proteínas. También que cada individuo tenga una dieta basada en una alimentación balanceada (buenos hábitos

alimenticios), porque esto le ayudará a mejorar su capacidad de vida, evitar problemas de salud y problemas de sobrepeso.

Sobre la tercera dimensión, sobre ejercicios, se encontró que el 52% de los adultos mayores tiene un nivel medio, seguido de 46% que tienen un nivel bajo. Este estudio coincide con 1 nacional, así Arias ⁽²⁹⁾, en su estudio realizado en Lima, donde se encontró que un 52.1% tienen un nivel medio en ejercicios. Según base teórica el ejercicio es muy importante el ejercicio físico en el procedimiento de la diabetes debido a que reduce los niveles de glucosa en sangre, a modo también los factores de riesgo cardiovasculares. Consigue reducir la glucemia al incrementar la atracción de glucosa por los músculos y ayuda al uso de la insulina. El deporte tiene que ser proyectado, bien organizado y repetitivo. Por lo que debe efectuar con las subsiguientes metas: A menor plazo, se debe modificar el residuo sedentario, mediante caminatas cotidianas al ritmo del paciente, a mediano plazo, la continuidad minúscula corresponderá ser tres veces por semana en días alternativos, con una permanencia mínima de 30 minutos cada vez y a mayor plazo, incrementar la periodicidad e intensidad, manteniendo las períodos de calentamiento, mantenimiento y enfriamiento. Se sugiere el deporte aeróbico (caminar, trotar, nadar, ciclismo, etc.). ⁽²²⁾ Por todo lo mencionado, el ejercicio físico es importante en el tratamiento del diabético, en la cual disminuye los niveles de glucosa, sino también los riesgos de padecer de enfermedades cardiovasculares, lo cual hace que disminuya la glicemia cuando aumenta la captación de la glucosa por los músculos. En un análisis se destaca el ítem mas resaltante:

- Sobre el segundo ítem, sobre tipo de ejercicios, nos dice que 29.1% nunca han realizado algún tipo de ejercicio, seguid de 24.1% que casi nunca han realizado un algún tipo de ejercicio. Según base teórica el ejercicio aeróbico es uno de los más comunes en lo que respecta a la actividad física, consiste básicamente en controlar la respiración, ya que para quemar la grasa se requiere oxígeno que se obtiene respirando a la hora de hacer el esfuerzo físico, este tipo de actividad física es de menor intensidad pero durante períodos muchos más largos que los demás, siendo el objetivo principal que el individuo consiga una mayor resistencia. A diferencia del ejercicio anaeróbico, el aeróbico no aumenta la masa muscular. Para medir la

intensidad de esta actividad física es por medio de las pulsaciones cardíacas, por lo que el máximo número de éstas por minutos que se consideran razonables y sanas para la persona. ⁽²²⁾En mi opinión es vital realizar ejercicios donde fortalece los músculos y más aún en adultos mayores, por lo que ellos pierden masa muscular y se debilitan sus músculos, por eso es importante que realicen algún tipo de ejercicio, y acompañado de la alimentación balanceada. Este ítem no se encontró sus resultados para comprarlos.

En la dimensión cuidados de los pies, se encontró que el 62% tienen un nivel bajo, seguido de 30% tiene un nivel medio. Este estudio difiere con 1 nacional, así Arias ⁽²⁹⁾, en su estudio realizado en Lima, se encontró que 68.8% tiene un nivel medio sobre el cuidado de los pies, seguido de 22.9% nivel alto y 8.9% tienen un nivel bajo. Según la base teórica el cuidado de los pies es muy importante la atención en los pies, en la cual contiene aseo apropiado secado. Según Brunner, alude que se debe examinar los pies fijamente en búsqueda de cualquier signo de enrojecimiento, ampollas, fisuras, callo, úlceras; se consigue emplear un modelo para inspeccionar la planta de los pies o requerir de una parte de la familia para la realización. Un punto muy importante es no ir descalzo, ni siquiera en el hogar. Si en el caso posee la piel seca, corresponde usar lubricante luego de asearse los pies y secarlos, y está prohibido ungir entre los dedos de los pies. Es fundamental el corte de las uñas, de los pies por semana, cuando se encuentren dóciles luego del lavado, el corte de las uñas debe ser en forma recta continuando el contorno del dedo y viendo que no permanezcan muy cortas. No se debe cortar las orillas por lo que consigue cortarse la piel, si en caso las esquinas terminan afiladas, logran ocasionar lesiones en la cual puede infectarse, también puede limarse con una lima de cartón y siempre utilizar zapatos o pantuflas, y no andar sin zapato, ni en casa. ⁽²²⁾ Por lo mencionado, la importancia de los cuidados en los pies es sumamente riesgoso, ya que el déficit sensorial hace que sea insensible ante cualquier estímulo doloroso y en la cual esta propenso a que se lesione. En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Sobre el segundo ítem, sobre revisión periódica, nos dice que 34.2% nunca han tenido una revisión periódica, seguido de 20.3% casi nunca han tenido esta revisión. Según base teórica La periodicidad es un término aplicado para mencionar a una persona o elemento que se caracteriza por ser periódico, es decir, el elemento mencionado en la oración es frecuente (posee una repetitividad muy continua), esta palabra puede ser aplicada en cualquier ocasión, por ejemplo: la periodicidad del pago en la empresa es quincenal, otro ejemplo seria la entrega del periódico matutino tiene una periodicidad diaria; en otras palabras, es utilizada para definir la continuidad que se observa de un componente determinado. Uno de los ámbitos donde es aplicado este término es en la física, donde se denomina periodicidad a la tabla que permita apreciar la misma forma de una gráfica, cuando se relacionan unos intervalos en específico en el eje independiente o eje de las “x”, también se le conoce como “función periódica”. ⁽²²⁾ En mi opinión la revisión periódica es de suma importancia ya que mediante esta técnica se podrá detectar algún tipo problema y sea tratado a tiempo, por lo que el profesional de enfermería debe de actuar, mediante la inspección al paciente, y recibir el debido tratamiento o medicación de fármacos. Este ítem no se encontró sus resultados para comprarlos.

En la dimensión cuidado oftalmológico, se encontró que el 60% de los adultos mayores presentan un nivel bajo de cuidado oftalmológico, seguido de un 40% que tienen un nivel medio. Este estudio difiere con 1 nacional, como Arias ⁽²⁹⁾ , se encontró que 50% presentan un nivel medio sobre cuidado oftalmológico. Según la base teórica el cuidado oftalmológico Se debe acudir con frecuencia al oftalmólogo, por lo que accede el diagnostico anticipado de retinopatía. Acudir mínimo una vez cada año, en la cual corresponde realizar el análisis de los ojos así no posea dificultades de la vista, para localizarlo previamente viable las futuras dificultades y poder tratarla de inmediato e impedir circunstancias graves. ⁽²⁰⁾ El cuidado de los ojos, ya que se sabe que esta enfermedad de la diabetes descontrolada va a llevar a problemas visuales, por ende se debe realizar un seguimiento de adecuadas medidas preventivas, realizándose exámenes, asistiendo a un oftalmólogo para detectar a tiempo.

En un análisis se destaca el ítem más resaltante:

- Sobre el segundo ítem, sobre medidas de control se encontró que el 38% nunca han llevado un cuidado oftalmológico, seguido de 25.3% casi nunca lo han llevado. Según base teórica es el mecanismo a través del cual se realiza un seguimiento estricto a los procedimientos realizados, con la finalidad de mejorar la calidad de vida, éste se realiza con la ayuda de una serie de profesionales y acciones que se emplean para detectar cualquier tipo de problema, todo esto garantiza la calidad y el cuidado del paciente.⁽²²⁾ En mi opinión sobre medidas de control, importante ya que se detectara a tiempo algún problema, donde la enfermera tiene un papel importante en la intervención y poder brindar un cuidado holístico y calidad de vida. Este ítem no se encontró sus resultados para comparar.

La relación entre apoyo familiar y autocuidado se obtuvo que el 65,4% de los adultos mayores que tienen bajo apoyo familiar también tienen bajo autocuidado. Y el 80% que tienen alto nivel de apoyo familiar también tienen un alto grado de autocuidado. Se encontró 1 estudio nacional que difiere, que evalúa la misma relación, como Arias ⁽²⁹⁾ , donde realizó su estudio en Lima, donde se encontró que su estudio no tiene relación entre el apoyo familiar y prácticas de autocuidado ya que su resultado de su tabla cruzada es $p= 0.8691$ donde sus variables son independientes. Según base teórica La teoría de la Interrelación de Hildergard Peplau, se incluye las teorías sobre Enfermería de nivel medio las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la enfermería. Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención del enfermero y el resultado propuesto.

Enfermería, persona, salud y entorno según Peplau

Relación enfermero-paciente

La esencia del modelo de Peplau, organizado en forma de proceso, es la relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere atención de salud, y un enfermero educado especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. Este modelo, publicado por primera vez en 1952, describe cuatro fases en la relación entre enfermero y paciente: Orientación, identificación, Aprovechamiento, y resolución. Peplau reconoce la ciencia de Enfermería como una ciencia humana, que centra el cuidado en la relación interpersonal.

Orientación: Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. El enfermero ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.

Identificación: El enfermero facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.

Aprovechamiento: El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

Resolución: Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas. En el ejercicio profesional es visto desde el punto de vista novedoso, un método nuevo, y unos fundamentos teóricos, por lo que este modelo, la enfermera tiene como rol, fomentar la adaptación de la persona en un entorno cambiante, fomentando la relación bien sea interpersonal (enfermera-paciente) o las relaciones del paciente con su ambiente (familia). ⁽³⁴⁾

En mi opinión este modelo de enfermería está relacionado con la el apoyo familiar (entorno) y autocuidado (enfermera-paciente), ya que para Peplau es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan de salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un

proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. Por lo tanto Peplau basa su modelo en la enfermería psicodinámica, que ella define como la utilización de la comprensión de la conducta de uno mismo para ayudar a los demás a identificar sus dificultades. No se han encontrado antecedentes que hayan evaluado esta relación.

V. CONCLUSIONES

- La mayoría de los adultos mayores obtuvieron un apoyo familiar y autocuidado medio, quiere decir que hay algunos de ellos reciben apoyo de su familia y cuidados de ellos mismos.
- Los adultos mayores en su mayoría obtuvieron un nivel de apoyo familiar medio, por lo que igual predomina tanto en las dimensiones, afectivo, valorativo, informacional e instrumental.
- La gran mayoría de los adultos mayores obtuvieron un grado de autocuidado medio, por lo que igual predomina tanto en las dimensiones, control médico, dieta y ejercicios.

VI. RECOMENDACIONES

- Incentivar a la formación de grupos de apoyo de diabéticos, para afianzar el apoyo familiar y las prácticas de autocuidado.
- Realizar otras investigaciones sobre el tema con diferente enfoque, metodología y los instrumentos, para comparar datos de este estudio.
- Realizar con instituciones de salud el planteamiento de un programa educativo-promocional de diabetes mellitus que estén dirigidos a los pacientes y familiares.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Conteras Orozco A, .Contreras Machado A,. Hernández Bohórquez C,. Castro Balmaceda M,. Navarro Palmett L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia; 2013; Vol. 15 (no.26):667-678. [acceso 26 de marzo del 2017]. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012481462013000100005&script=sci_arttext&tlng=es
2. Organización Mundial de la Salud. Día Mundial de la diabetes: Vence a la diabetes. Informe mundial sobre la diabetes, 2016. [acceso 15 de marzo del 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2016/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. [acceso 5 de marzo del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf?ua=1
4. Obando Briceño A, Orozco Solano J. Rol de enfermería en cuidados de los pacientes diabéticos, 2013. [acceso 23 marzo del 2017]. Disponible en: www.scielo.org.ve.
5. Conteras Orozco A, Contreras Machado A, Hernández Bohórquez C, Castro Balmaceda M, Navarro Palmett L. Capacidad d autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. Sincelejo, Colombia; 2013; Vol. 15 (no.26):667-678. [acceso 26 de marzo del 2017]. Disponible en:http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012481462013000100005&script=sci_arttext&tlng=es

6. Chapman Sánchez M, García Almaguer R, Caballero González G, Paneque Caballero Y, Sablón Mariño A. Efectividad de intervención educativa en el conocimiento del paciente diabético sobre autocuidados. Rev. Cubana Enfermería. 2016 [acceso 15 abril del 2017]; 32(1): 49-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000100007&lng=es.
7. Fernández Vásquez A, Abdala Cervantes T, Alvara Solís E, Tenorio franco g, López valencia E., Cruz Centeno S., Dávila Mendoza R., Pedraza Avilés A. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Esp Med Quir, vol. 17, no 2: abril-junio, 2012. [acceso 17 abril del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2012/rmq122f.pdf>
8. Vargas Santillán L, Rodríguez García C, Amador Velázquez R, Oviedo Zúñiga A, García Lavaney F, Mendieta Vargas A. Estudio comparativo en dos grandes de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que se someten a una intervención educativa de autocuidado en el instituto de salud del estado de Mexico.Waxapa, año 4, Vol.1, No. 6: Enero-Junio 2012. [acceso 23 abril del 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2012/wax126g.pdf>
9. Molina Contreras C, Bahsas Bahsas F, Hernandez M. Funcionalidad familiar y apoyo social en pacientes diabéticos amputados. MedULA, Revista de Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Vol.18.No 1. Mérida, Venezuela. 2009. [acceso 25 de abril del 2017]. Disponible en: <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/28401>
10. Gonzales Torres W. Conocimiento sobre Diabetes Mellitus tipo 2 y la funcionalidad familiar están asociados a la Adherencia Terapéutica en adultos con DM tipo 2. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015 (Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano). [acceso 13 mayo del 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4034>

11. Chávez Zegarra G. Relación entre el nivel de apoyo familiar en el cuidado y la calidad de vida de los pacientes con DM tipo 2 atendidos en la Consulta Externa del Servicio de Endocrinología del HNGAI. Revista Científicas Ciencias de la Salud. Vol. 6, Núm. 2. 2013. [acceso 15 mayo del 2017]. Disponible en: http://revistas.upeu.edu.pe/index.php?journal=rc_salud&page=article&op=view&path%5B%5D=221
12. Anaya Laupa A. El Autocuidado Del Diabético Tipo 2 Y La Participación De Su Familia Para Controlar El Incremento De Las Complicaciones En El Hospital María Auxiliadora De San Juan De Miraflores - Lima En El Año 2012. Universidad Nacional del Callao, 2015 (Tesis para optar el grado académico de maestro en investigación y docencia universitaria) [acceso 20 mayo del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unac.edu.pe/handle/UNAC/457>
13. Hijar Rivera A. Conocimientos que tienen los pacientes diabéticos y sus familiares sobre la enfermedad y sus cuidados en el hogar, en el HNDAC. 2008 (tesis para obtener el título profesional de enfermería). [acceso 11 mayo del 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/505>
14. Organización Mundial de la Salud diabetes mellitus en el Perú [página web de internet]. España. [acceso 13 mayo del 2017]. Disponible en: http://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es.
15. Montes V. Redes de apoyo social de personas mayores: elementos teóricos-conceptuales. 2012. [acceso 26 mayo del 2017]. Disponible en: www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/7/13237/PP18.pdf
16. Leiton Z. Depresión en los adultos mayores relacionado con sexo, participación social y apoyo familiar. Trabajo de Investigación para Promoción Docente Universidad Nacional de Trujillo; 2008.
17. Valadez I, Alfaro N, Centeno G, Cabrera C. Diseño de un instrumento para evaluar apoyo familiar al diabético tipo 2. Investigación en Salud, 2012. México [acceso 25 mayo del 2017] Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=14250305>
> ISSN 1405-7980

18. Quintero L. Percepción del apoyo familiar del paciente adulto de diabetes mellitus tipo 2. 2012. México [acceso 24 mayo del 2017] Disponible en: <http://eprints.uanl.mx/1785/1/1020149421.PDF>
19. Fachado A. Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. 2008 [acceso 28 mayo del 2017]. España. Disponible en: http://dspace.usc.es/bitstream/10347/2581/1/9788498872439_content.pdf
20. Hidalgo Carpio, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. Factores socioculturales que favorecen o limitan su cumplimiento en los pacientes que asisten al programa de Diabetes del Hospital Nacional Dos de Mayo (tesis para optar el título de licenciada) Universidad Nacional de San Marcos. 2008.
21. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco. Guía de Práctica Clínica sobre Diabetes Tipo 2. 2008 ED. Victoria Gasteiz- España. [acceso 29 mayo del 2017]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.pdf
22. Brunner L; Suddarth D. Enfermería Médico - Quirúrgico. México: Interamericana S.A: 10ª; 2008.
23. Marriner T, Raile A. Modelos y teorías en enfermería. 4ta. Mosby. España. 1999. Unidad tres Capítulo 14 Teoría del Déficit del autocuidado. 177- 178.
24. Instituto catalán de la salud. Ats/di de atención especializada. Sevilla. [base de internet] 2012. [acceso 03 mayo del 2017] Disponible en: <http://books.google.com.pe/books>
25. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Plan Nacional para las personas adultas mayores 2006 – 2010. [acceso 05 mayo del 2017]. Disponible en: http://www.grupovigencia.org/docs/marco_legal/plan_nac_pam_2006_201

26. Bravo J. Pie Diabético .Rev. Espec. en la nutrición Clín. del anciano, 2011:[2]: (9-19). [acceso 06 mayo del 2017]. Disponible en: http://www.freseniuskabi.es/nutricionenteral/pdf/info geriatria/Info geriatria_02
27. Organización Panamericana de la Salud. Guías ALAD de diagnóstico, control y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2. Guanajuato/México, 2015. [acceso 05 mayo del 2017]. Disponible en: <http://webcache.googleusercontent.com/search>
28. Carbajal Esquivel, G., Moya Vega, S. Grado De Depresión Y Apoyo Familiar Percibido Por El Adulto Mayor. 2013 (tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería). [acceso 12 junio del 2017]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/267>
29. Arias Bramón, M., Ramírez Gutiérrez, S. Apoyo familiar y prácticas de autocuidado del adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. 2013 (Tesis para obtener el grado de licenciada en enfermería) . [acceso 12 junio del 2017]. Disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/328>
30. Cabrera R, Motta I, Rodríguez C., Velásquez D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chíncha 2009. Rev. enferm Herediana. 2010; 3(1):29-36 [acceso 12 de junio del 2017]. Disponible en: es.scribd.com/doc/95319691/diabetes-cuidado-Chincha.
31. Baskin, LaWanda W. "Health Literacy, Social Support, and Self-Care Behaviors as Predictive Factors in the Use of the Emergency Department for Chronic Care Management in Patients with HTN And/Or Diabetes Mellitus Ages 30-64. The University of Southern Mississippi, 2017. [acceso 15 de Noviembre del 2017]. Disponible en: <https://aquila.usm.edu/dissertations/1458>.

32. Pembridge, Richard. "Associations between Control of Glucose, Diabetes Support Services, New Insulin Initiation and 30 day Hospital Readmission in Diabetes Patients". Phoenix, Arizona November 30, 2017. [acceso 20 de noviembre del 2017]. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/fad84b809dd4282150d0ca0742558be9/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
33. Chahardah-Cherik Sh, Gheibizadeh M, Jahani S, Cheraghian B. The Relationship between Health Literacy and Health Promoting Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. IJCBNM [Internet]. 2017;6(1):65-75.[acceso 11 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://ijcbnm.sums.ac.ir/index.php/ijcbnm/article/viewFile/961/194>
34. Forchuk, C. Hildegard E. Peplau: interpersonal nursing theory. [Internet] 1993. ISBN 9780803948587. [acceso 11 de diciembre del 2017]. Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/hildegard-peplau.html>
35. Bramwell, L. & Whall, A. Effects of the role clarity and empathy on support role performance and anxiety. Nursing Research, 35, 282-287 ,1986.
36. Funciones de la diplomada enfermería en residencias para mayores. 2016 [Internet] [acceso 20 de Noviembre]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/el-papel-de-la-enfermera-y-enfermero-en-residencias-para-personas-mayores>

ANEXOS

Anexo 1

Matriz de Consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	DISEÑO	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p>Problema general:</p> <p>¿Cuál es la relación entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú 2017</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la relación entre el apoyo familiar y el autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para Adultos Geriatrics Perú 2017.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>H₁: Existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para Adultos Geriatrics Perú 2017.</p> <p>H₀: No existe relación significativa entre el apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético en la Residencia Asistida para Adultos Geriatrics Perú 2017</p>	<p>Diseño y tipo de investigación</p> <p>El diseño es no experimental, de tipo descriptivo correlacional, corte transversal.</p> <p>Población:</p> <p>Constituida por 50 pacientes adultos mayores entre mujeres y varones que se encuentran en la Residencia.</p>	<p>Apoyo afectivo</p> <p>Valorativo</p> <p>Apoyo informacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> Muestra de afecto Escucha Comprensión Confianza para secretos Muestra de respeto Decisiones Orgullo de familiares Consejos familiares Alimentación adecuada Cuidados de la enfermedad 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p> <p>10</p>

Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de apoyo familiar que recibe el adulto mayor diabético según dimensiones en la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú? ¿Cuál es el grado de autocuidado que aplica el adulto mayor diabético de la Residencia Asistida para adultos Geriatrics Perú?	Objetivos Específicos: Evaluar el apoyo familiar que recibe el adulto mayor diabético según información. Identificar el autocuidado en el adulto mayor diabético.	Hipótesis específicas: HE1: El apoyo familiar que tienen los pacientes diabéticos es bajo. HE2: El autocuidado que tienen los pacientes diabéticos es bajo.	VARIABLES: VARIABLE 1: Apoyo familiar en el adulto mayor diabético. VARIABLE 2: Autocuidado en el adulto mayor diabético	Apoyo instrumental	<ul style="list-style-type: none"> • Consecuencias • Cuidado de los pies • Consejería del corte de uñas • Importancia del ejercicio • Grado de apoyo familiar • Atención del familiar • Controles médicos • Ayuda familiar • Preparación de alimentos • Control de medicamentos 	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20
				Control médico	-Periodicidad -Control -Cumplimiento de las indicaciones	1, 2 3,4 5,6

				Dieta	-Tipo de dieta	7, 8, 9
					-Periodicidad	10, 11, 12, 13
				Ejercicios	-Horarios y tiempo de ejercicios	14
					-Tipo de ejercicios	15, 16
				Cuidados de los pies	-Tipo de zapato y medias	17, 18
					-Revisión periódica	19,20
					-Medidas Preventivas	21, 22
					-Higiene	23, 24
				Cuidado oftalmológico	-Periodicidad	25
					-Medidas de control	26,27

Anexo 2

Encuesta

APOYO FAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO

Buenos días Sra. (o), soy estudiante de 10 ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo Lima Este, en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación sobre “Apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético”, por lo que se solicita su importante colaboración mediante un cuestionario que se les presentara, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Le agradezco anticipadamente su colaboración.

MUCHAS GRACIAS

I Datos generales del Adulto Mayor

Edad:

- a) 60-69 años
- b) 70-79 años
- c) 80-89 años
- d) 90 a más

Sexo:

- a) Masculino ☐
- b) Femenino ☐

Grado de instrucción

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Grado de parentesco del familiar cuidador

- a) Esposa/o
- b) Hija/o
- c) Hermana/o
- d) Otros

Instrucciones

Lea cuidadosamente y marque con "X" la respuesta que consideres válida.

ITEMS	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Apoyo Afectivo Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares.					
Sus familiares le escuchan cuando Ud. tiene algún problema preocupación o necesita algo.					
Se siente comprendido por sus familiares.					
Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente para guardar un secreto.					
Valorativo Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares					
Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.					
Considera que sus familiares están orgullosos de usted.					
Informacional Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación de su interés.					
Su familiar le explica que alimentos debe consumir.					

Su familiar le explica que cuidados debe tener sobre su enfermedad.					
Su familiar le da a saber qué consecuencias puede traer el mal control de su tratamiento sobre su enfermedad.					
Su familiar le explica sobre el cuidado de los pies que debe tener.					
Su familiar le explica cómo debe ser el corte las uñas.					
Su familiar le informa sobre la importancia del ejercicio físico.					
Instrumental Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, ropa, alimento, vivienda u otros.					
Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales y de crisis o enfermedad.					
Su familiar lo acompaña a sus controles médicos.					
Recibe ayuda de su familiar a entender las indicaciones médicas.					
Recibe apoyo de su familiar en la preparación de sus alimentos.					
Recibe apoyo de su familiar en cuanto al control de sus medicamentos.					

AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR DIABÉTICO

Buenos días Sra. (o), soy estudiante de 10mo ciclo de la Escuela de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo Lima Este, en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación sobre “Apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético”, por lo que se solicita su importante colaboración mediante un test que se les presentara, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Le agradezco anticipadamente su colaboración.

MUCHAS GRACIAS

I Datos generales del Adulto Mayor

Edad:

- a) 60-69 años
- b) 70-79 años
- c) 80-89 años
- d) 90 a más

Sexo:

- a) Masculino ☐
- b) Femenino ☐

Grado de instrucción del paciente

- a) Analfabeto
- b) Primaria
- c) Secundaria
- d) Superior

Grado de parentesco del familiar cuidador

- a) Esposa/o
- b) Hija/o
- c) Hermana/o
- d) Otros

ITEMS	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
CONTROL MÉDICO					
1. Por lo menos acude al médico 2 veces al año.					
2. Cumple con las indicaciones médicas					
3. Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest					
4. Toma solo medicamentos prescritos por su medico					
5. Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad					
6. Cumple con las pruebas de laboratorio					
DIETA					
7. Sigue la dieta indicada por su medico					
8. Consume diariamente frutas recomendadas					
9. Consume diariamente verduras.					
10. Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.					
11. Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.					
12. Controla su peso.					

13. Consume carbohidratos o dulces.					
EJERCICIOS					
14. Cumple con el programa de ejercicio semanal.					
15. Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.					
16. Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tiene niveles muy bajos de glucosa antes de empezar una rutina.					
CUIDADO DE LOS PIES					
17. Usa zapatos que le protegen la piel que no le causen lesiones.					
18. Utiliza medias de algodón que no sean ajustadas o que tienen ligas.					
19. Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones.					
20. Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas.					
21. Evita usar sandalias o andar descalzo					
22. Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.					
23. Se seca los entre dedos de ambos pies.					
24. Mantiene las uñas cortas de forma recta.					

CONTROL OFTALMOLÓGICO					
25. Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año.					
26. Utiliza los lentes en caso de prescripción médica.					
27. Mira la televisión a una distancia mínima de 2 metros.					

Anexo 3

Escala de Likert

Apoyo familiar

ALTERNATIVAS	ITEMS POSITIVOS	ITEMS NEGATIVOS
S: Siempre	5	1
CS: Casi siempre	4	2
A: A veces	3	3
CN: Casi nunca	2	4
N: Nunca	1	5

ITEMS POSITIVOS	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,1617,18,19,20
ITEMS NEGATIVOS	0

Escala de Likert

Autocuidado

ALTERNATIVAS	ITEMS POSITIVOS	ITEMS NEGATIVOS
S: Siempre	5	1
CS: Casi siempre	4	2
A: A veces	3	3
CN: Casi nunca	2	4
N: Nunca	1	5

ITEMS POSITIVOS	1,2,3,5,6,7,8,9,10,11,12,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27
ITEMS NEGATIVOS	13

Anexo 4
Juicio de Expertos

APOYO FAMILIAR

CRITERIOS			VALORACIÓN DE JUECES					PROMEDIO
			J1	J2	J3	J4	J5	J1+J2+J3+J4+J5
1.- CLARIDAD			80%	85%	80%	85%	40%	74%
2.- OBJETIVIDAD			80%	85%	80%	85%	50%	76%
3.- PERTINENCIA			85%	85%	80%	85%	80%	83%
4.-ACTUALIDAD			80%	85%	80%	85%	40%	74%
5.- ORGANIZACIÓN			80%	85%	80%	85%	50%	76%
6.- SUFICIENCIA			85%	85%	80%	85%	50%	77%
7.- INTENCIONALIDAD			80%	85%	80%	85%	50%	76%
8.- CONSISTENCIA			80%	85%	80%	85%	40%	74%
9.- COHERENCIA			85%	85%	80%	85%	40%	75%
10.- METODOLÓGÍA			80%	85%	80%	85%	40%	74%
		TOTAL						759
		PROMEDIO TOTAL						76%

Juicio de Expertos

AUTOCUIDADO

CRITERIOS			VALORACIÓN DE JUECES					PROMEDIO
			J1	J2	J3	J4	J5	J1+J2+J3+J4+J5
1.- CLARIDAD			80%	80%	85%	85%	60%	78%
2.- OBJETIVIDAD			80%	80%	85%	85%	80%	82%
3.- PERTINENCIA			85%	80%	85%	85%	60%	79%
4.-ACTUALIDAD			80%	80%	85%	85%	60%	78%
5.- ORGANIZACIÓN			80%	80%	85%	85%	60%	78%
6.- SUFICIENCIA			85%	80%	85%	85%	60%	79%
7.- INTENCIONALIDAD			80%	80%	85%	85%	60%	78%
8.- CONSISTENCIA			80%	80%	85%	85%	60%	78%
9.- COHERENCIA			85%	80%	85%	85%	60%	79%
10.- METODOLÓGÍA			80%	80%	85%	85%	60%	78%
		TOTAL						787
		PROMEDIO TOTAL						79%

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Janet Arévalo Jarama
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Coordinadora Investigación EP Enfermería
 I.3. Especialidad del experto: Mg. Ciencias de la Educación Superior
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: Escala de Likert
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				80%	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora				80%	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				80%	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				80%	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.				80%	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				80%	
PROMEDIO DE VALORACIÓN						

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

81.50%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017


Firma de experto informante
DNI: 40288982

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: PALOMINO RENDON, CHRISTIAN ADRIANO
 I.2. Cargo e Institución donde labora: DTC
 I.3. Especialidad del experto: MAGISTER GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: ESCALA DE LICKERT
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					85%
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica					85%
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora					85%
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.					85%
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación					85%
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.					85%
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.					85%
PROMEDIO DE VALORACIÓN						

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

.....
.....

IV. PROMEDIO DEVALORACION:

85%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017



Firma de experto informante
DNI:41811323.....

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Janet Névelo Spanaqui
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Coordinadora Investigación EP Enfermería
 I.3. Especialidad del experto: Mg en Ciencias de la Educación Superior
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: Escala de Likert
 I.5. Autor del instrumento: Joheira Custodio Yanez

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				80%	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora				80%	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				80%	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				80%	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.				80%	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				80%	
PROMEDIO DE VALORACIÓN						

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

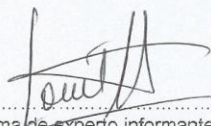
.....

.....

IV. PROMEDIO DEVALORACION:

81.50%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017


Firma de experto informante
DNI: 40288982

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: PALOMINO MENDOZA CHRISTIAN ADRIANO
 I.2. Cargo e Institución donde labora: DIC
 I.3. Especialidad del experto: Magister Gestión de los Servicios de la SNUP
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: ESCALA DE JUICIO
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					85%
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica					85%
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora					85%
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.					85%
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación					85%
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.					85%
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.					85%
PROMEDIO DE VALORACIÓN						85%

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			
21	✓			
22	✓			
23	✓			
24	✓			
25	✓			
26	✓			
27	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

.....

.....

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017



Firma de experto informante
DNI: 41811332

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: ROSANA OBANDO GUEVARA
 I.2. Cargo e Institución donde labora: ASESORA EN INVESTIGACIÓN
 I.3. Especialidad del experto: ESPECIALISTA EN EMERGENCIA Y DESASTRES
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: ESCALA DE RICKERT
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelent e 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado			X		
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				X	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.			X		
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora			X		
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.			X		
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.			X		
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación			X		
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.			X		
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento			X		
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.			X		
PROMEDIO DE VALORACIÓN						

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Jenny Marlene Tunpo Hancu
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Docente Tiempo Completo UCV
 I.3. Especialidad del experto: Mg. en Gestión de los Servicios de la Salud.
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: Escala de Likert
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					85%
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica					85%
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora					85%
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.					85%
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación					85%
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.					85%
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.					85%
PROMEDIO DE VALORACIÓN						85%

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

.....

.....

IV. PROMEDIO DEVALORACION:

85%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017


Firma de experto informante
DNI: 42299068

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Jonny Marlen Torres Hancu
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Docente Titular Completo UCV
 I.3. Especialidad del experto: Maestría en Gestión de los Recursos de la Salud
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: Escala de Likert
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado					85%
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica					85%
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.					85%
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora					85%
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.					85%
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.					85%
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación					85%
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.					85%
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento					85%
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.					85%
PROMEDIO DE VALORACIÓN						85%

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			
21	✓			
22	✓			
23	✓			
24	✓			
25	✓			
26	✓			
27	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

.....

.....

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

85%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017



.....
Firma de experto informante
DNI: 42299060

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: ROXANA O'BANDO GUEVARA
 I.2. Cargo e Institución donde labora: ASESORA EN INVESTIGACIÓN
 I.3. Especialidad del experto: ESPECIALISTA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES
 I.4. Nombre del instrumento motivo de la evaluación: CUESTIONARIO - ESCALA DE VALORACIÓN
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado		✓			
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica			50		
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.				✓	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora		✓			
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.			✓		
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.			✓		
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación			✓		
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.		✓			
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento		✓			
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.		✓			
PROMEDIO DE VALORACIÓN			15	50	50	

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Mg. Liliiana Rodríguez Saavedra
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad César Vallejo
 I.3. Especialidad del experto: Especialista en Psicopedagogía
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: _____
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				80%	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.				80%	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora				80%	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				80%	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.				80%	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				80%	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.				80%	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				80%	
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				80%	
PROMEDIO DE VALORACIÓN					80%	

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

Ninguno

IV. PROMEDIO DEVALORACION:

80%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017


Firma de experto informante
DNI: 07519350
LILIANA RODRIGUEZ SAAVEDRA
DOCENTE
Mg. DOCENCIA UNIVERSITARIA

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

- I.1. Apellidos y nombres del informante: Dr./Mg.: Mg. Liliana Rodríguez Acosta
 I.2. Cargo e Institución donde labora: Docente Universidad César Vallejo
 I.3. Especialidad del experto: Especialista Psicopedagogía
 I.4. Nombre del Instrumento motivo de la evaluación: _____
 I.5. Autor del instrumento: _____

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN E INFORME:

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Bueno 41-60%	Muy bueno 61-80%	Excelente 81-100%
CLARIDAD	Esta formulado con lenguaje apropiado				80%	
OBJETIVIDAD	Esta expresado de manera coherente y lógica				80%	
PERTINENCIA	Responde a las necesidades internas y externas de la investigación.				80%	
ACTUALIDAD	Esta adecuado para valorar aspectos y estrategias de mejora				80%	
ORGANIZACIÓN	Comprende los aspectos en calidad y claridad.				80%	
SUFICIENCIA	Tiene coherencia entre indicadores y las dimensiones.				80%	
INTENCIONALIDAD	Estima las estrategias que responda al propósito de la investigación				80%	
CONSISTENCIA	Considera que los ítems utilizados en este instrumento son todos y cada uno propios del campo que se esta investigando.				80%	
COHERENCIA	Considera la estructura del presente instrumento adecuado al tipo de usuario a quienes se dirige el instrumento				80%	
METODOLOGÍA	Considera que los ítems miden lo que pretende medir.				80%	
PROMEDIO DE VALORACIÓN					80%	

ITEMS DE LA PRIMERA VARIABLE

ITEM N°	SUFICIENTE	MEDIANAMENTE SUFICIENTE	INSUFICIENTE	OBSERVACIONES
01	✓			
02	✓			
03	✓			
04	✓			
05	✓			
06	✓			
07	✓			
08	✓			
09	✓			
10	✓			
11	✓			
12	✓			
13	✓			
14	✓			
15	✓			
16	✓			
17	✓			
18	✓			
19	✓			
20	✓			
21	✓			
22	✓			
23	✓			
24	✓			
25	✓			
26	✓			
27	✓			

III. OPINIÓN DE APLICACIÓN:

¿Qué aspectos tendría que modificar, incrementar o suprimir en los instrumentos de investigación?

Ninguno

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN:

80%

San Juan de Lurigancho, 08 de Junio del 2017


Firma de experto evaluador
DNI: 02168378

Anexo 5

Confiabilidad del Instrumento

Alfa de Cronbach

A partir de las varianzas, el alfa de Cronbach se calcula así:

$$\alpha = \left[\frac{k}{k-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Donde:

- S_i^2 es la varianza del ítem i ,
- S_t^2 es la varianza de los valores totales observados y
- k es el número de preguntas o ítems.

Alfa de cronbach (Apoyo familiar)

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Casos Válidos	10	100,0
Excluidos ^a	0	,0
Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,744	20

Alfa de Cronbach (Autocuidado)

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	10	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	10	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,704	27

Anexo 6

Cálculo de puntaje según estandinos de apoyo familiar

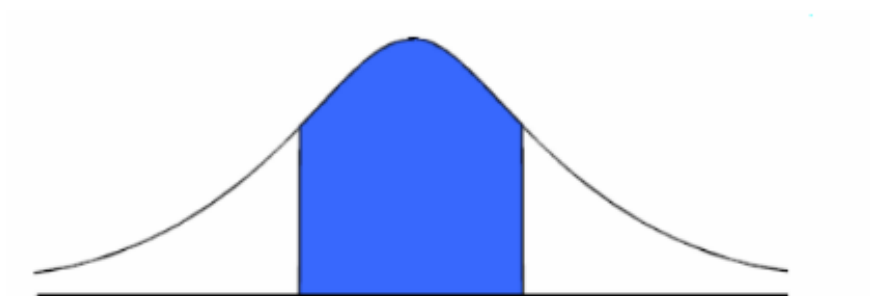
TOTAL DE APOYO FAMILIAR

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 50 - 0.75 = 28.025$$

$$B = 50 + 0.75 = 50.75$$



Mínimo

Máximo

(20)

(100)

alto

medio

bajo

(73-100)

(29-79)

(20-28)

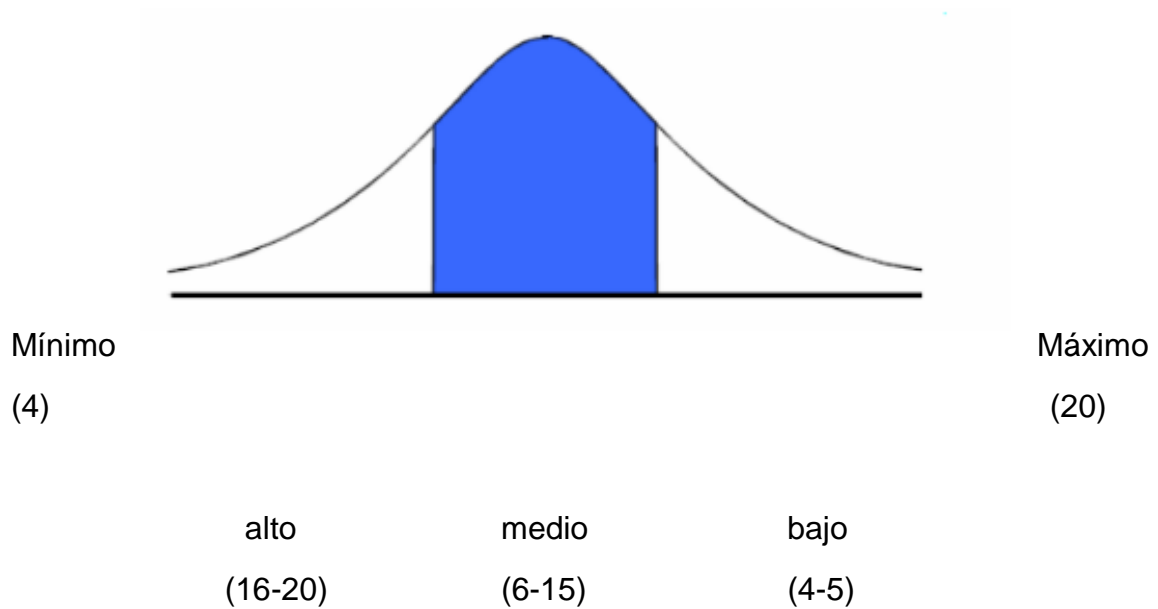
DIMENSIÓN 1: Apoyo afectivo

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 10 - 4.65 = 5.35$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 10 + 4.65 = 14.65$$



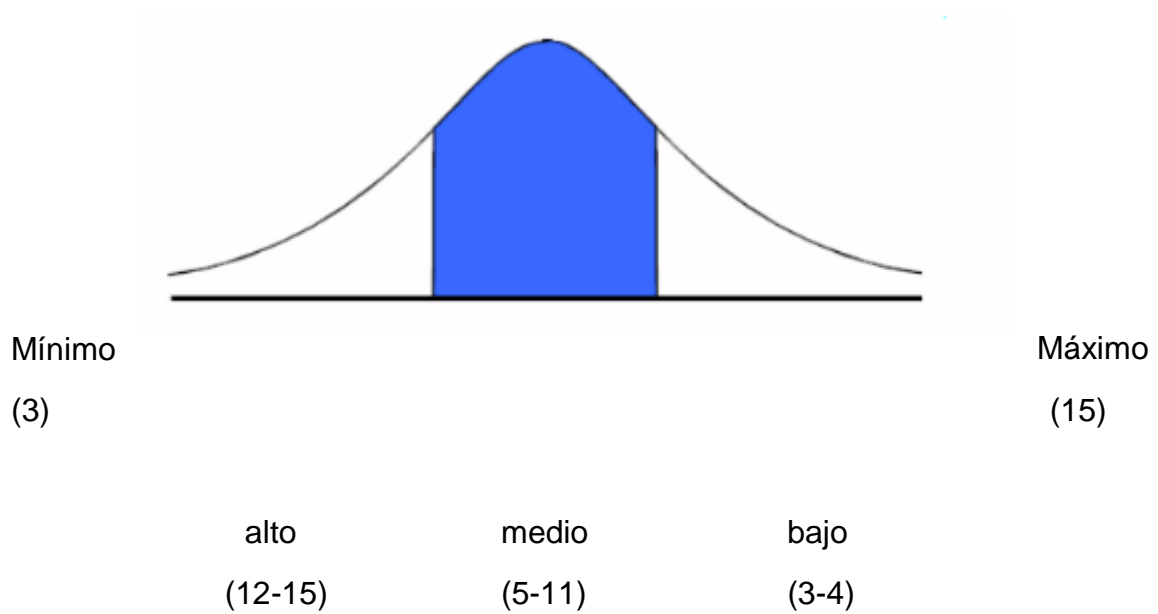
DIMENSIÓN 2: Valorativo

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 7.5 - 3.57 = 3.93$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 7.5 + 3.57 = 11.07$$



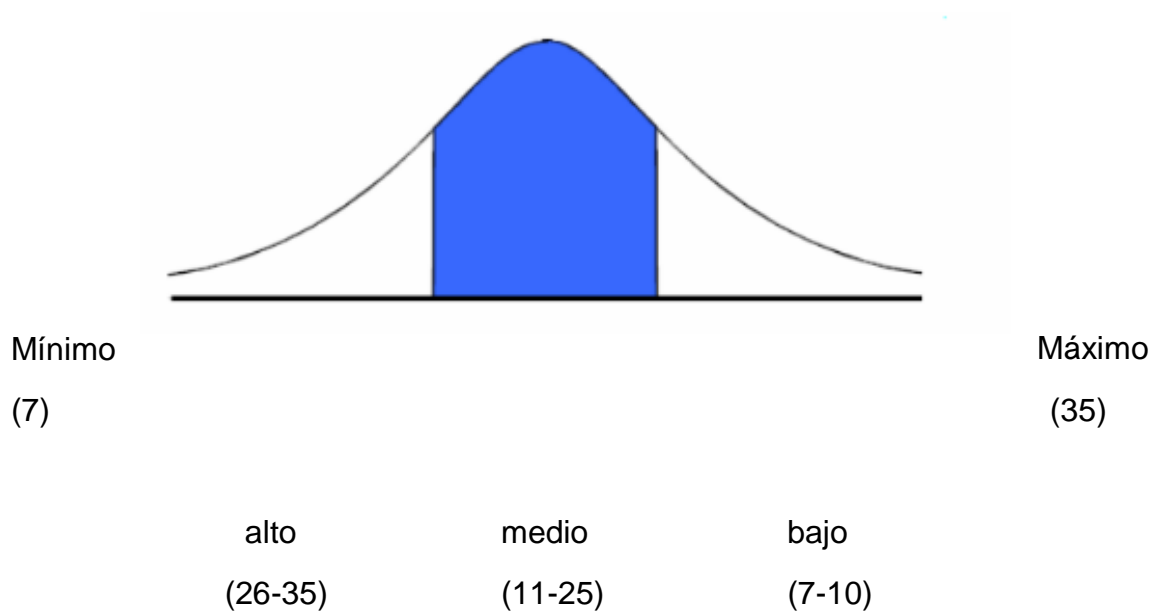
DIMENSIÓN 3: Informativa

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 17.5 - 7.902 = 9.598$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 17.5 + 7.902 = 25.402$$



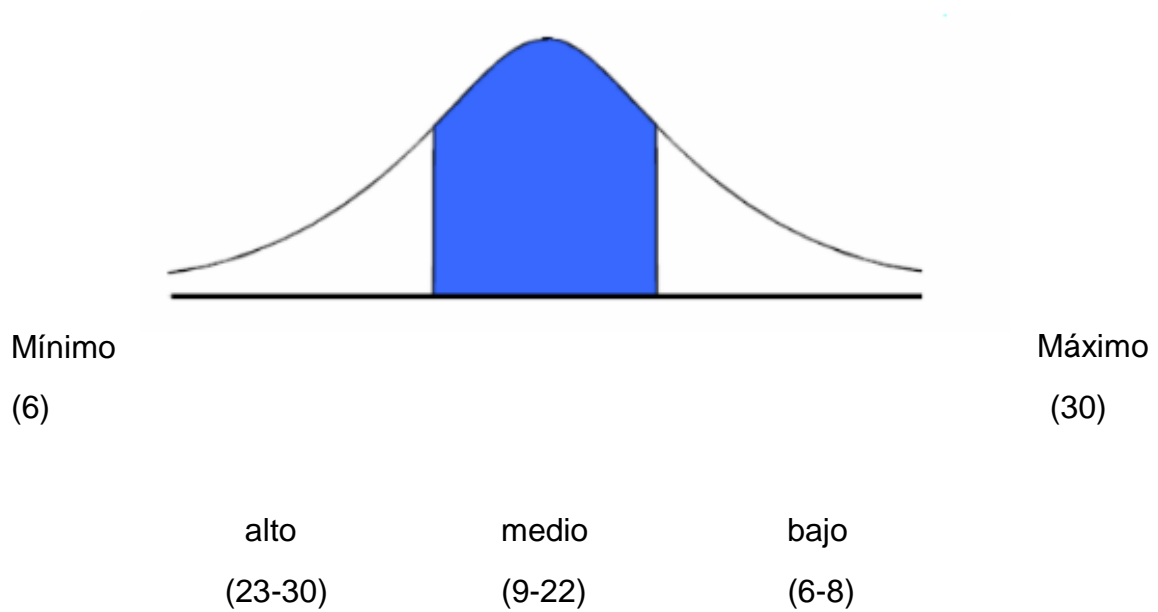
DIMENSIÓN 4: Instrumental

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 15 - 6.8175 = 8.1825$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 15 + 6.8175 = 21.8175$$



Cálculo de puntaje según estatinos de autocuidado

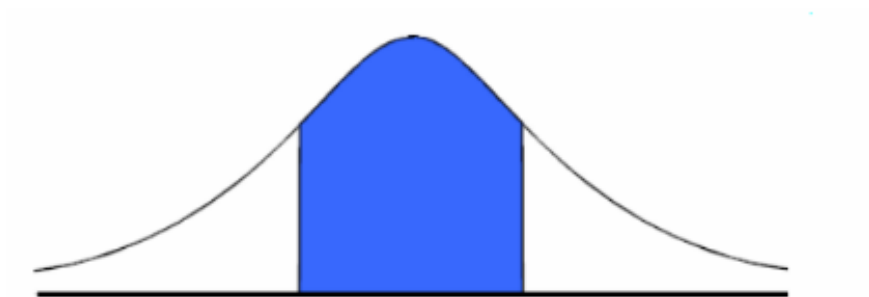
TOTAL DE AUTOCUIDADO

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 67.28 - 29.601 = 37.679$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 67.28 + 29.601 = 96.881$$



Mínimo

(27)

Máximo

(135)

alto

(98-135)

medio

(39-97)

bajo

(27-38)

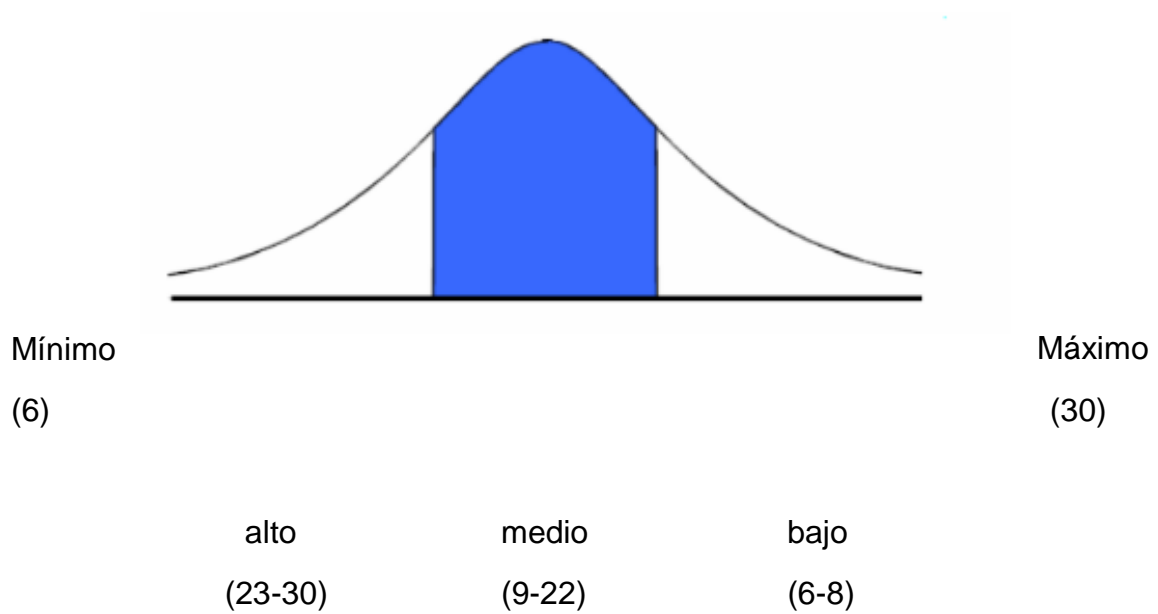
DIMENSIÓN 1: Control médico

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 15 - 6.8175 = 8.1825$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 15 + 6.8175 = 21.8175$$



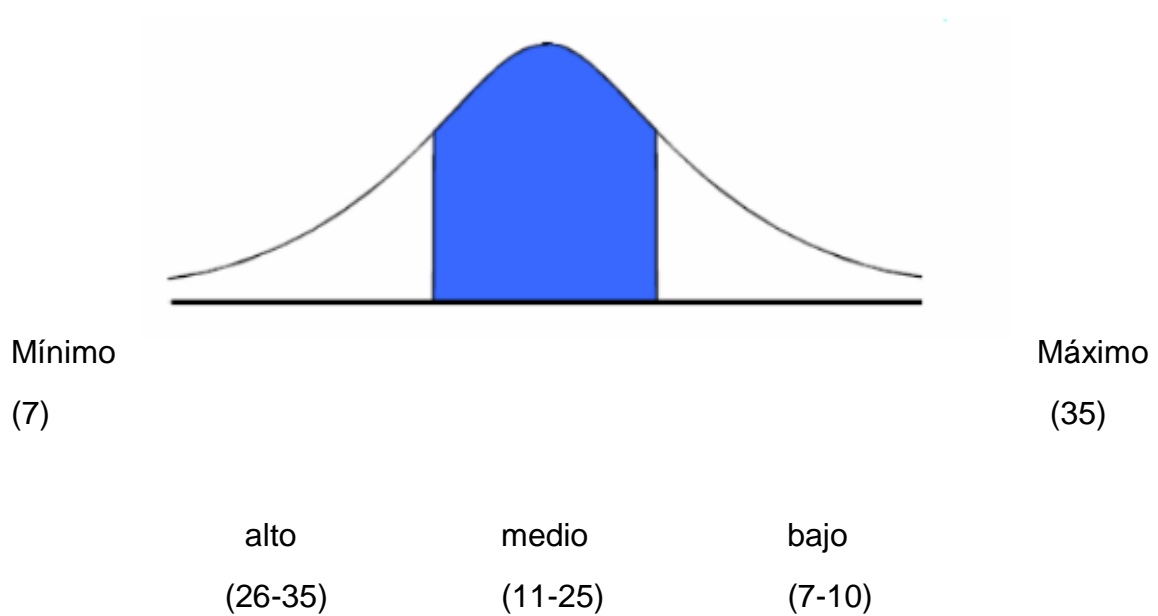
DIMENSIÓN 2: Dieta

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 17.5 - 7.902 = 9.598$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 17.5 + 7.902 = 25.402$$



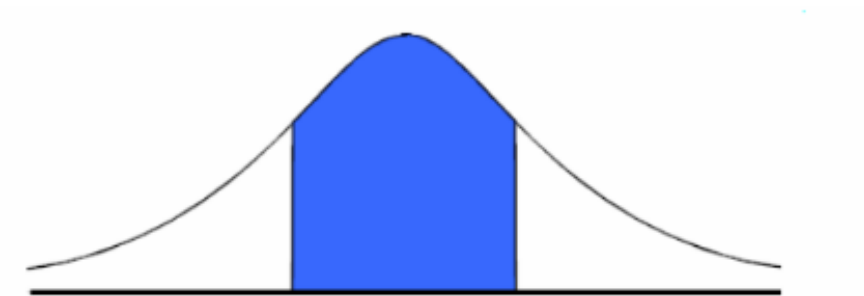
DIMENSIÓN 3: Ejercicios

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 7.5 - 3.57 = 3.93$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = 7.5 + 3.57 = 11.07$$



Mínimo
(3)

Máximo
(15)

alto
(12-15)

medio
(5-11)

bajo
(3-4)

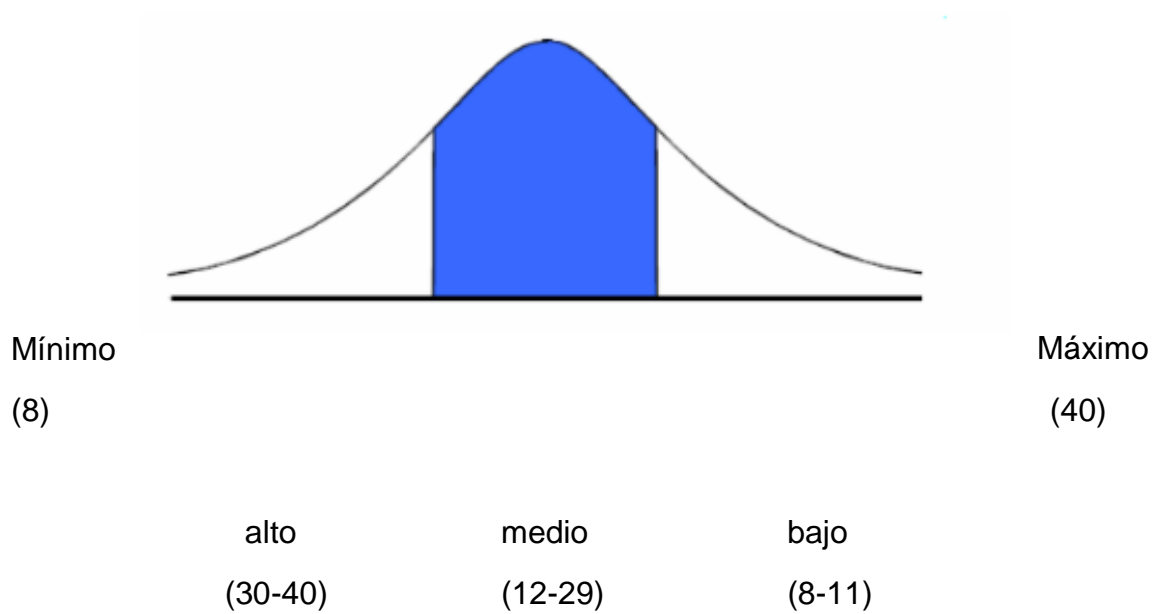
DIMENSIÓN 4: Cuidado de los pies

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 20 - 8.984 = 11.016$$

$$B = 20 + 8.984 = 28.984$$



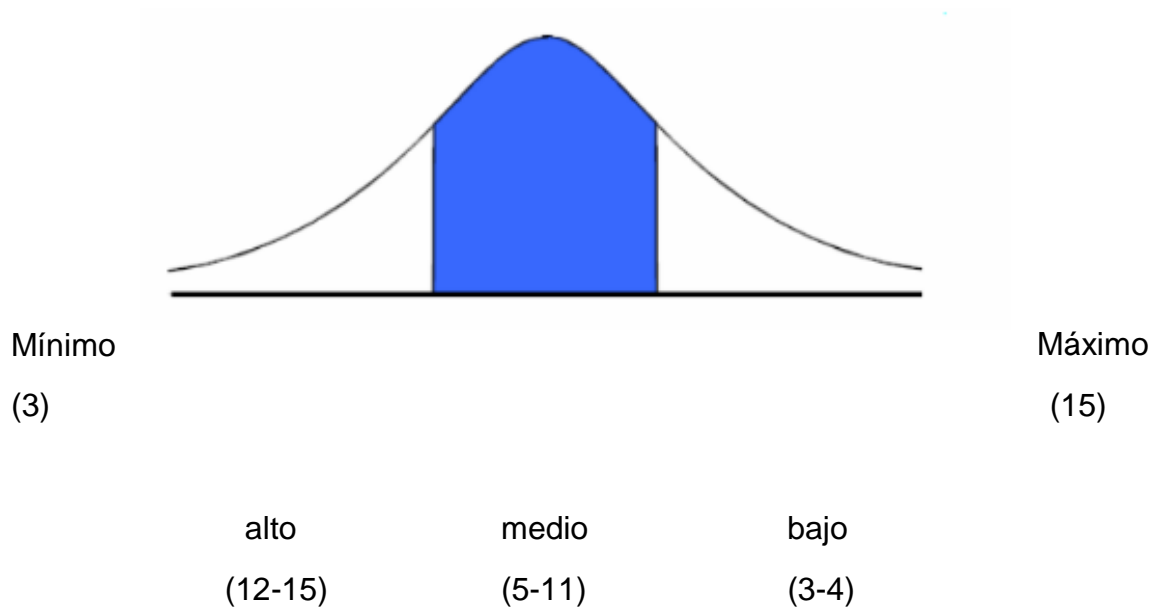
DIMENSIÓN 5: Cuidado oftalmológico

$$A = X - 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$B = X + 0.75 \text{ (D.S)}$$

$$A = 7.5 - 3.57 = 3.93$$

$$B = 7.5 + 3.57 = 11.07$$



Anexo 7

Tabla de resultados por variable Apoyo familiar

Preguntas	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
Dimensión : Apoyo afectivo	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%	Fc	%
1.Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas de sus familiares	17	21.5%	17	21.5%	15	19%	1	1.3%	0	0
2.Sus familiares le escuchan cuando Ud. tiene algún problema.	21	26.6%	21	26.6%	7	8.9%	1	1.3%	0	0
3.Se siente comprendido por sus familiares.	27	34.2%	9	11.4%	13	16.5%	0	0	1	1.3%

4.Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente para guardar secretos.	20	25.3%	15	19%	10	12.7%	5	6.3%	0	0
Dimensión: Valorativo										
5.Recibe respeto y consideración por parte de sus familiares.	33	41.8%	12	15.2%	0	0	5	6.3%	0	0
6.Sus familiares lo toman en cuenta para tomar decisiones.	32	40.55	13	16.5%	0	0	5	6.3%	0	0
7. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.	21	26.6%	19	24.1%	5	6.3%	5	6.3%	0	0
Dimensión: Informativa	15	19%	24	30.4%	6	7.6%	5	6.3%	0	0
8.Sus familiares le dan o facilitan										

información, noticias, consejos u orientación de su interés.										
9.Su familiar le explica que alimentos debe consumir.	16	20.3%	23	29.1%	6	7.6%	4	5.1%	1	1.3%
10.Su familiar le explica que debe tener sobre su enfermedad.	14	17.7%	24	30.4%	7	8.9%	0	0	5	6.3%
11.Su familiar le da a saber que consecuencias puede traer el mal control de su tratamiento.	15	19%	27	34.2%	4	5.1%	0	0	4	5.1%
12.Su familiar le explica sobre el cuidado de los pies que debe tener.	25	31.6%	18	22.8%	6	7.6%	1	1.3%	0	0
13.Su familiar le explica cómo debe ser el corte las uñas.	25	31.6%	17	21.5%	2	2.5%	6	7.6%	0	0

14.Su familiar le informa sobre la importancia del ejercicio físico.	22	27.8%	20	25.3%	7	8.9%	1	1.3%	0	0
Dimensión: Instrumental										
15.Recibe de sus familiares algún grado de apoyo económico, medicamentos, etc.	34	43%	10	12.7%	0	0	6	7.6%	0	0
16. Recibe atención directa o compañía de sus familiares en tiempos normales.	26	32.9%	14	17.7%	5	6.3%	5	6.3%	0	0
17. Su familiar lo acompaña a sus controles médicos.	15	19%	25	31.6%	5	6.3%	5	6.3%	0	0
18. Recibe ayuda de su familiar a entender las	16	20.3%	23	29.1%	6	7.6%	5	6.3%	0	0

indicaciones médicas.										
19. Recibe apoyo de su familiar en la preparación de sus alimentos.	14	17.7%	23	29.1%	8	10.1%	0	0	5	6.3%
20:Recibe apoyo de su familiar en cuanto al control de sus medicamentos.	11	13.9%	31	39.2%	3	3.8%	0	0	5	6.3%

Tabla de resultados por pregunta: Variable Autocuidado

Preguntas	Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Control médico										
1.- Por lo menos acude al médico 2 veces al año.	17	21.5%	18	22.8%	12	15.2%	2	2.5%	1	1.3%
2.- Cumple con las indicaciones médicas.	22	27.8%	17	21.5%	8	10.1%	1	1.3%	2	2.5%
3.- Lleva un control diario de glucosa o azúcar en sangre, o posee un hemoglucotest	29	36.7%	8	10.1%	9	11.4%	0	0	4	5.1%
4.- Toma solo medicamentos prescritos por su médico.	22	27.8%	14	17.7%	10	12.7%	4	5.1%	0	0
5.- Acude al médico ante algún cambio, dolencia o enfermedad	34	43%	12	15.2%	0	0	4	5.1%	0	0

6.- Cumple con las pruebas de laboratorio	32	40.5%	13	16.5%	1	1.3%	4	5.1%	0	0
Dieta										
7.- Sigue la dieta indicada por su medico	21	26.6%	19	24.1%	5	6.3%	5	6.3%	0	0
8.- Consume diariamente frutas recomendadas.	15	19%	24	30.4%	6	7.6%	5	6.3%	0	0
9.- Consume diariamente verduras	16	20.3%	23	29.1%	6	7.6%	4	5.1%	1	1.3%

10.-Consume diariamente de 6 a 8 vasos de agua al día.	14	17.7%	24	30.4%	7	8.9%	0	0	5	6.3%
11.- Tiene horarios establecidos en cuanto a su alimentación.	15	19%	27	34.2%	4	5.1%	0	0	4	5.1%
12.- Controla su peso	25	31.6%	18	22.8%	6	7.6%	1	1.3%	0	0
13.- Consume carbohidratos o dulces	0	0	6	7.6%	2	2.5%	17	21.5%	25	31.6%
Ejercicios										
14.- Cumple con el programa de ejercicio semanal	22	27.8%	20	25.3%	7	8.9%	1	1.3%	0	0

15.- Realiza ejercicios diarios por lo menos 30 minutos: caminar, correr.	23	29.1%	19	24.1%	3	3.8%	5	6.3%	0	0
16.- Evita hacer ejercicios intensos en ayunas o si tienes niveles muy bajos de glucosa antes de empezar una rutina.	28	35.4%	16	20.3%	1	1.3%	5	6.3%	0	0
Cuidado de los pies										
17.- Usa zapatos que le protegen la piel que no le causen lesiones.	28	35.4%	16	20.3%	1	1.3%	4	5.1%	1	1.3%
18.- Utiliza medias de algodón que no sean ajustadas o que tienen ligas	28	35.4%	17	21.5%	0	0	0	0	5	6.3%

19.- Revisa sus pies diariamente para evitar complicaciones	28	35.4%	17	21.5%	1	1.3%	0	0	4	5.1%
20.- Asiste al podólogo para eliminar callosidades, corte de uñas	27	34.2%	16	20.3%	5	6.3%	0	0	2	2.5%
21.- Evita usar sandalias o andar descalzo	30	38%	14	17.7%	0	0	1	1.3%	5	6.3%
22.- Utiliza cremas o jabones hidratantes para sus pies.	28	35.4%	17	21.5%	0	0	2	2.5%	3	3.8%
23.-Se seca los entre dedos de ambos pies	26	32.9%	18	22.8%	2	2.5%	2	2.5%	2	2.5%
24.-Mantiene las uñas cortas de forma recta	20	25.3%	25	31.6%	4	5.1%	1	1.3%	0	0

Control oftalmológico										
25.-Acude al oftalmólogo por lo menos una vez al año	26	32.9%	22	27.8%	2	2.5%	0	0	0	0
26.-Utiliza los lentes en caso de prescripción medica	30	38%	20	25.3%	0	0	0	0	0	0
27.-Mira la televisión a una distancia mínimo de 2 metros	32	40.5%	16	20.3%	2	2.5%	0	0	0	0

Anexo 8

Hoja de información y consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

Institución : Universidad César Vallejo- campus Lima Este.

Investigador/a : Jahaira Andrea Custodio Yance

Título del Proyecto: “Apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético. Residencia asistida para adultos Geriatrics Perú, 2017”

¿De qué se trata el proyecto?

El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el apoyo familiar y autocuidado, a través de una encuesta, para verificar cuanto es el nivel de apoyo familiar y el grado de autocuidado en los adultos mayores y poder medidas en el caso.

¿Quiénes pueden participar en el estudio?

Pueden participar los adultos mayores, y sobre todo que acepten participar en la encuesta.

¿Qué se pediría que haga si acepta su participación?

Si llega a aceptar su participación, se le pedirá que firme una hoja dando su consentimiento informado.

¿Existen riesgos en la participación?

Su participación no pondrá ningún tipo de riesgo.

¿Existe algún beneficio por su participación?

Con su participación colaborará a que se desarrolle el presente estudio y que los resultados contribuyan a una mejoría tanto en su población y a la institución universitaria.

Confidencialidad

La información que usted proporcione es absolutamente confidencial y anónima; solo será de uso de las personas que hacen el estudio.

¿A quién acudo si tengo alguna pregunta o inquietud?

De tener alguna duda o inquietud con respecto a la investigación puede comunicarse con la autora de la investigación, la estudiante de X ciclo de enfermería Jahaira Custodio Yance, al teléfono 971610035, y también podrá comunicarse con la asesora encargada de la investigación, Mg. Janeth Arévalo Ipanaqué, de lo contrario a la Coordinación General de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo campus Lima Este.

Consentimiento informado

Yo _____ identificado con DNI _____; acepto participar libremente en la aplicación de las encuestas sobre apoyo familiar y autocuidado, previa orientación por parte del investigador, a sabiendas que la aplicación del cuestionario no perjudicará en ningún aspecto en mi bienestar y que los resultados obtenidos mejorarán mi calidad de vida.

Fecha: _____

Firma del investigador

Firma del Participante



"Año del buen servicio al ciudadano"

San Juan de Lurigancho, 15 de Setiembre del 2017

Lic. Raúl Martín Losa Boluarte
Gerente General de Geriatrics Perú S.A.C

Asunto: Permiso para desarrollar mi proyecto de tesis

De mi mayor consideración:

Me es grato saludarlo y a la vez presentarme como Custodio Yance Jahaira Andrea, identificada con DNI 70451009, estudiante de X ciclo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Cesar Vallejo Lima Este.

En la actualidad me encuentro desarrollando la tesis "Apoyo familiar y autocuidado en el adulto mayor diabético", para lo cual, solicito a usted me conceda la autorización del campo de investigación para poder ejecutar mi proyecto con el objetivo de contribuir con un aporte científico, que repercuta positivamente en la salud de la población y/o a la especialidad de enfermería.

Atte:


Lic. Raúl Llosa Boluarte
Gerente General
GERIMED S.A.C
20515264061

Custodio Yance Jahaira Andrea
DNI: 70451009

Anexo 9

Resultado de turnitin

Jahaira custodio yance Información del usuario Mensajes Estudiante Español Ayuda Cerrar sesión



Portafolio de la clase Mis notas Discusión Calendario

ESTÁS VIENDO: INICIO > DPI-2017-II




¡Bienvenido a la página de inicio de su nueva clase! Podrás ver todos los ejercicios de tu clase en la página principal de tu clase, así como ver información adicional acerca de los ejercicios, entregar tu trabajo y tener acceso a los comentarios para tus trabajos.

Mueve el cursor sobre cualquier elemento de la página principal de la clase para ver más información.

Página de Inicio de la clase

Esta es la página de inicio de su clase. Para entregar un trabajo, haga clic en el botón de "Entregar" que está a la derecha del nombre del ejercicio. Si el botón de Entregar aparece en gris, no se pueden realizar entregas al ejercicio. Si está permitido entregar trabajos más de una vez, el botón dirá "Entregar de nuevo" después de que usted haya entregado su primer trabajo al ejercicio. Para ver el trabajo que ha entregado, pulse el botón "Ver". Una vez la fecha de publicación del ejercicio ha pasado, usted también podrá ver los comentarios que le han dejado en el trabajo haciendo clic en el botón de "Ver".

Bandeja de entrada del ejercicio: DPI-2017-II

	Información	Fechas	Similitud	
TESIS 2017-II		Comienzo 05-oct.-2017 3:38PM Fecha de entrega 31-ene.-2018 11:59PM Publicar 06-oct.-2017 12:00AM	29% 	<div>Enviar Ver </div>